Nr 1 — Kraków, 5. stycznia 1907. — Rok XLVI.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 93.
Administracya: ul. Podwale 9. Telefon 362.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

ORAZ TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W CHICAGO

wychodzi co Sobota.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętości 1 kor.

Czas odnowić przedpłatę na rok 1907



Rok XLVI. Kraków, dnia 5. stycznia 1907. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Postępowanie lekarza przy położeniach twarzowych i czołowych.

Wykład

dra Stanisława Dobrowolskiego,
doc. pryw. położnictwa i ginekologii w Uniw. Jagiell.

Położenia twarzowe i czołowe płodów należą, jak wiadomo, do położeń prawidłowych, gdyż główki płodów donoszonych, tak ułożone podczas porodu, mogą przejść przez kanał miedniczy i urodzić się siłami przyrody.

Wstawianie się główki do porodu w położeniu twarzowem lub czołowem wytwarza się przez odchylenie się główki od klatki piersiowej, przez co powstaje różny stopień tak zwanej defleksyi. Najwyższy stopień defleksyi spotykamy przy położeniach twarzowych, mniejszy przy położeniach czołowych.

Położenia twarzowe i czołowe nader rzadko spotykamy w ciąży, są one przeto tylko wyjątkowo położeniami pierwotnemi; zwykle występują następowo, to znaczy dopiero podczas porodu.

Porody w położeniach twarzowych przydarzają się dosyć rzadko i tak statystyki z klinik niemieckich podają stosunek 1:130, a nawet 1:200; w klinice krakowskiej stosunek ten jest 1:120. Jeszcze rzadziej zdarzają się porody w położeniach czołowych, gdyż jakkolwiek w klinice krakowskiej stosunek położeń czołowych wynosi 1:252, to jednak z uwagi, że bardzo często wśród porodu położenia czołowe ulegają dobrowolnej zamianie na położenie czaszkowe lub twarzowe, poród ukończony w położeniu czołowem zdarza się tylko w stosunku 1:800.

Nie mam zamiaru tutaj przedstawiać wszystkich czynników przyczynowych, jakie do powstania położeń twarzowych i czołowych przyczynić się mogą, zaznaczyć jednak muszę, że są one bardzo różnorakie tak, że Winckel zestawia aż 33 przypuszczeń przyczyny ich powstawania. Tem mniej uważam za właściwe przytaczać tu różnorakie czynniki przyczynowe, że w nich nie znajdziemy żadnych wskazówek, jakby w danym przypadku zapobiedz można powstaniu tych położeń wprawdzie prawidłowych, ale dla porodu niezbyt korzystnych.

Zanim przedstawię sposoby postępowania przy położeniach twarzowych i czołowych, muszę choć w kilku słowach przypomnieć mechanizm porodowy przy tych położeniach.

Skoro twarz ma przejść przez kanał miednicy, wstawia się ona do wchodu w wymiarze poprzecznym, podobnie, jak szew strzałkowy przy porodach czaszkowych. Schodząc do próżni, dokonuje ona zwrotu w ten sposób, że bródka, obniżając się najpierw, zwraca się równocześnie ku przodowi; a skoro twarz wstąpi do cieśni i wychodu, bródka staje pod spojeniem łonowem, przez co twarz przebiega w wymiarze prostym. Poród odbywa się w ten sposób, że bródka opiera się o dolny brzeg spojenia łonowego, jakby o oś obrotową, a po wędzidełku wytacza się czoło, szczyt głowy i potylica.

Dosyć często w przebiegu porodów twarzowych dostrzegamy zboczenie od tego mechanizmu; bródka nie zwraca się we właściwej płaszczyźnie ku przodowi, a twarz obniża się stojąc w wymiarze poprzecznym. Najczęściej jednakże ostatecznie choćby na dnie miednicy zwrot prawidłowy dobrowolnie się dokonuje.

Mechanizm opisany jest jedynym mechanizmem, w którym płód donoszony w położeniu twarzowem może się urodzić, w tym przeto tylko mechanizmie wolno nam poród sztucznie kończyć w razie wskazania.

Jeżeli zwrot bródki dokona się w kierunku wprost przeciwnym, t. j. ku tyłowi, to wtenczas poród płodu donoszonego jest bezwarunkowo niemożliwy. Spotykamy wprawdzie w piśmiennictwie wzmianki o porodach, ukończonych siłami przyrody przy zwrocie bródki nieprawidłowym, ale są to zdarzenia bardzo wyjątkowe, pojawiające się przy porodach płodów niedonoszonych i najczęściej nieżywych.

Położenia czołowe, jak wiadomo, mają podobny mechanizm. Zanim jednak go przedstawię, muszę uczynić jeszcze jedną uwagę. Poród płodu donoszonego może wprawdzie odbyć się w mechanizmie czołowym, jednakże przy tych porodach ginie olbrzymi odsetek płodów, bo do 40%. Wobec tego musimy wobec położeń czołowych inaczej postępować, niż wobec położeń twarzowych i musimy uważać je za położenia, graniczące już z położeniami płodu nieprawidłowymi. Mechanizm porodu czołowego przedstawia się w ten sposób, że szew czołowy wstawia się do wchodu w wymiarze poprzecznym. Skoro główka wstąpi do niższych płaszczyzn miednicy, czoło dokonuje zwrotu tak, że nasada nosa i oczodoły zwracają się ku przodowi, w dalszym ciągu okolice te opierają się o dolny brzeg spojenia łonowego, a po wędzidełku wytacza się czoło, szczyt głowy i potylica, a wreszcie rodzi się z pod spojenia łonowego reszta twarzy. Ten mechanizm położenia czołowego jest znowu jedynym, w którym płód donoszony urodzić się może, jeżeli bowiem okolica oczodołów zwróci się ku tyłowi, t. j. jeżeli powstanie mechanizm nieprawidłowy, tu poród płodu donoszonego

jest tak samo niemożliwy, jak przy mechanizmie nieprawidłowym porodu twarzowego.

Rozpoznanie położeń twarzowych i czołowych nie należy w warunkach zresztą prawidłowych, jak z doświadczenia klinicznego wiadomo, do rzeczy trudnych, gdyż już badanie zewnętrzne pozwala stwierdzić znamienne ułożenie płodu, a przy badaniu wewnętrznem z łatwością stwierdzamy niezbite cechy tych ustawień główki.

Pod względem postępowania leczniczego musimy omówić położenie twarzowe oddzielnie od czołowych, gdyż wyniki tak dla matek, jak i płodów podczas porodów przy tych dwóch położeniach są zasadniczo różne, mimo jednakowych przyczyn ich powstania.

Przedstawię najpierw postępowanie nasze przy położeniach twarzowych, oparte na doświadczeniu w pierwszym rzędzie kliniki krakowskiej, gdyż jest ono inne, aniżeli w wielu klinikach zagranicznych. Znaczna część położników jest zdania, że skoro statystyka, zbierana na dużym materyale dowodzi, iż możliwy jest szczęśliwy przebieg położeń twarzowych nawet w 87% przypadków, to należy położenie to uważać bezwarunkowo za prawidłowe, wobec czego doradzają, by lekarz przy tych położeniach zachowywał się zupełnie biernie, rozumie się, gdy istnieją i inne warunki dla porodu korzystne, to znaczy w pierwszym rzędzie, gdy nie ma znaczniejszych ścieśnień miednicy. Takie zdanie spotyka się najczęściej w podręcznikach. Zdaniu temu można jednakże, jak sądzę, tylko do pewnego stopnia przyznać słuszność, ale we wszystkiem z niem zgodzić się nie można. Jeżeli bowiem uwzględnimy, że przy porodach twarzowych bardzo często porody trwają dłużej, a co ważniejsza, że wśród porodów twarzowych tracimy trzy razy tyle płodów, jak wśród tych samych warunków przy położeniach czaszkowych, to jasnem jest wskazanie, aby przy odpowiednich warunkach zamieniać położenie twarzowe na czaszkowe. Tem więcej zdanie to jest usprawiedliwione, że wszystkie sposoby zamiany nie wywołują ani dla matki, ani dla dziecka znaczniejszego niebezpieczeństwa, a skoro one zawiodą, to przez sam zabieg nie pogarszamy warunków porodu w położeniu twarzowem.

Zanim przedstawię kolejno znane sposoby zamiany położeń twarzowych na czaszkowe, przypomnieć muszę, że tak, jak każda operacya położnicza, tak i zamiana taka wymaga swoistych wskazań i warunków operacyjnych.

A prócz tego muszę podnieść, że zabiegi te zawsze należą do operacyi trudniejszych i że w żadnym przypadku z góry stanowczo orzec się nie da, czy dany sposób nie zawiedzie.

Najłagodniejszym zabiegiem, dającym możność zmiany położenia twarzowego na czaszkowe, jest zabieg zewnętrzny, podany przez Schatza. Przy tej operacyi mamy zewnętrznie usunąć esowate odgięcie kręgosłupa, a osiągnąć prawidłowe jego nagięcie. Aby to osiągnąć, trzeba rodzącą przedewszystkiem uśpić w celu zupełnego zniesienia napięcia powłok brzusznych. Stojąc po stronie grzbietu płodu chwytamy jedną ręką bark płodu i przyciągamy go początkowo ku górze i ku stronie grzbietu płodu, a skoro wydłuży się już oś płodu, wtedy bark ciągniemy wprost ku stronie grzbietowej płodu. W tym ostatnim okresie operacyi chwytamy drugą ręką pośladki płodu, unosimy je początkowo nieco ku górze, a następnie przesuwamy silnie ku brzuszkowi płodu, ku dołowi. Zabieg Schatza jednakże tylko wyjątkowo da się zastosować praktycznie, gdyż może on odnieść skutek tylko przy bardzo znacznej ruchomości płodu i przy główce, wysoko nad wchodem stojącej.

Z tego powodu częściej używamy innych zabiegów, przy których operując od zewnątrz i od wewnątrz staramy się usunąć bezpośrednio odgięcie główki. I tak za radą Baudelocquea wprowadzamy do pochwy rękę, odpowiadającą bródce; ręką tą staramy się unieść twarz płodu ku górze, a równocześnie ręka druga, działająca od zewnątrz, spycha potylicę ku światłu miednicy.

Drugi zabieg Baudelocquea polega na tem, że ręką odpowiadającą potylicy, wprowadzoną do dolnego odcinka macicy, obejmujemy potylicę i ściągamy ją ku światłu miednicy.

Ziegenspeck widząc, że tak sam zabieg Schatza, jak jeden lub drugi zabieg Baudelocquea bardzo często zawodzą, radził te dwa sposoby ze sobą łączyć; poleca on, by operujący wykonał pierwszy zabieg Baudelocquea, a asystent równocześnie od zewnątrz zabieg Schatza.

Skoro jednak i to okazało się niezbyt praktycznem, z powodu trudności równoczesnego współdziałania dwóch osób, prawie wszyscy, którzy uznają potrzebę zmiany położeń twarzowych na czaszkowe, operują sposobem podanym przez Thorna: »Całą rękę lub połowę ręki, odpowiadającej grzbietowi płodu, wprowadza się do pochwy, ręką tą unosi się główkę ku górze, a następnie obraca się główkę około jej osi poprzecznej ku klatce piersiowej, szukając ręką oparcia na nierównościach twarzy i na ciemiączkach. Skoro okaże się potrzeba, to można dwoma palcami przejść powyżej potylicy, chwycić ją i ściągnąć ku światłu miednicy. Ręka druga, pomagająca od zewnątrz, może w początkach zabiegu spychać potylicę do wchodu, a następnie chwyta ona bark i usuwa go ku górze i na zewnątrz. Skoro operator usunie odchylenie główki i przesunie bark, wtedy asystent chwyta pośladki i przesuwa je w kierunku wprost przeciwnym barkowi«. Thorn poleca, aby rodząca leżała podczas zabiegu na boku, odpowiadającym bródce, a po dokonanej operacyi każe rodzącą ułożyć na bok, odpowiadający potylicy. (Dok. nast.)

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał

Feliks Majewski

asystent kliniki.

Jeżeli mówimy o zwężeniu cewki, to właściwie rozumiemy przez to słowo znacznie więcej, niż ono samo przez się mówi. Nazwa »zwężenie cewki moczowej« zawiera nietylko samo pojęcie zwężenia światła cewki, ale mieści prócz tego pojęcie pewnego obrazu klinicznego, związanego już z etyologią, przebiegiem i ściśle określonemi zmianami anatomiczno-patologicznemi. Już Thompson zwraca na to uwagę, że aczkolwiek zwykle się omawia trzy postacie zwężeń: organiczną, zapalną i kurczową, mimo to nazwę zwężenia należy zatrzymać tylko dla takich przypadków

zwężenia cewki, w których zwężenie występuje jako objaw organiczny stały, będący wynikiem przewlekłej sprawy zapalnej w ścianach cewki. Pousson, jeden z współczesnych urologów francuskich, powiada, że przez zwężenie należy rozumieć każde zmniejszenie światła cewki nabyte, stałe i postępujące, wywołane tworzeniem się w ścianie cewki tkanki chorobowej wskutek zapalenia, urazu lub owrzodzeń. To zwięzłe określenie nie jest jednak zupełnie ścisłe. Każde bowiem zwężenie wskutek zapalenia, urazu, czy owrzodzeń posiada cechy, potrzebne do tego, ażeby mogło być uznane za zapalne. Za właściwszy uznać należy podział na dwie kategorye: zakaźną (zawierającą w sobie tak zwaną zapalną i powstałą wskutek owrzodzeń) i urazową, zależnie od pierwszego głównego czynnika, wywołującego powstawanie zwężenia.

Wrodzona wązkość cewki, zwężenia, powstające czasowo wskutek obrzmienia śluzówki cewkowej, zwężenia, będące wyrazem skurczu mięśni w obrębie części błoniastej, zmniejszenie światła cewki wskutek wyrastania z jej ścian nowotworu, — stanowią osobną grupę.

Wśród czynników, wywołujących powstawanie zwężeń cewki, naczelne miejsce należy się wiewiórowi, następne zaś urazowi. Do rzadszych należą zwężenia, występujące po wrzodzie miękkim lub twardym, które tylko w przypadkach wyjątkowych sadowić się mogą w głębszych częściach cewki. Gruźlica cewki, która, jak to podnieśli niedawno jeszcze Hallé i Motz, nie jest wcale bardzo rzadką, może również wywoływać zwężenia. Do kategoryi zwężeń zakaźnych należy również odnieść rzadkie przypadki zwężeń, występujących jako następstwo stulejki i towarzyszących jej stanów zapalnych napletka i żołędzi *(balanoposthitis)*, które, tocząc się przez czas dłuższy, mogą wywołać nietylko zwężenie samego ujścia cewki, ale i całej początkowej części cewki *(portio navicularis)*.

Do zwężeń urazowych zaliczam wszystkie zwężenia, powstałe wskutek niewłaściwego lub niezręcznego użycia narzędzi cewkowych albo też z zastosowania środków leczniczych nadmiernie stężonych (przyżegania chemiczne i termiczne i t. d.). Najczęstsze jednak są urazy cewki wskutek upadku na krocze lub też uderzenia w nie twardym przedmiotem, wreszcie przejechania lub innego urazu, połączonego ze złamaniem miednicy.

Pęknięcie cewki może być zupełne lub tylko częściowe. W tym drugim przypadku pękają dolna i boczne ściany cewki. Górna ściana w takich razach dzięki swojemu głębszemu położeniu często uszkodzenia unika. Pęknięcie częściowe części opuszkowej przy urazach krocza jest prawidłem, jeżeli przedmiot uraz wywołujący jest tępy, a uderzenie niezbyt silne. W przypadkach zadziałania przedmiotu ostrego, który drąży w głąb, częściej spotykamy się z pęknięciem cewki zupełnem, a siedziba uszkodzenia w tej lub innej części cewki jest zupełnie zależna od kierunku, w którym drąży w głąb przedmiot uszkadzający. Widzimy to w przypadku VII, gdzie przedmiot ostry, na który chory się nadział, wszedł przez przednią ścianę odbytnicy, dosięgnął cewki moczowej prawie u jej wejścia do pęcherza i oderwał cewkę od pęcherza zupełnie.

W liczbie urazów, mogących następowo wywołać zwężenie cewki, należy wspomnieć jeszcze o jej pęknięciach lub naderwaniach, powstających w czasie gwałtownego spółkowania i usadowionych zwykle w tem miejscu, gdzie dolna powierzchnia prącia przechodzi w worek mosznowy.

Kategoryę zwężeń, która obie wyżej wspomniane: zakaźną i urazową, do pewnego stopnia w sobie łączy, stanowią przypadki zwężeń po pęknięciach cewki, znajdującej się w stanie zapalnym w przebiegu trypra w razie wzwodu prącia *(chorda)*. Liczni autorowie (Guyon, Pousson i i.) podnoszą, że niedoświadczeni chorzy, nieświadomi przyczyn powstawania wzwodu w tryprze, obawiając się, że prącie ich może zachować na zawsze wspomniane czasowe zniekształtnienie, siłą wyprostowują prącie, wywołując w ten sposób nadpęknięcia cewki w jej części zwisającej.

Anatomiczno-patologiczny obraz i stopniowy rozwój zwężeń bywa różny, zależnie od ich etyologii. Końcowe natomiast okresy każdego zwężenia od czasu, kiedy zaczyna ono stanowić znaczną przeszkodę dla opróżnienia pęcherza, dają jeden prawie i ten sam obraz, któremu mogą towarzyszyć jedne i te same powikłania: zatrzymanie moczu zupełne, zatrzymanie względne, cieczenie kroplami moczu zatrzymanego *(ischuria paradoxa)*, przetoki, przerost ścian pęcherza, zapalenie pęcherza, zakażenie wstępujące miedniczek nerkowych i nerek, roponercze i t. d. Opierając się tylko na jednym i jednakowym obrazie końcowego okresu zwężenia, nie moglibyśmy odróżnić zwężenia, powstałego na tle zakażenia, od zwężenia urazowego.

Ze zwężeń cewki, rozwijających się jako następstwo trypra, operowane były w klinice prof. Kadera dwa przypadki. Pierwszy z nich zasługuje na uwagę ze względu na bardzo późne wystąpienie zwężenia od czasu przebycia zakażenia tryprowego. Zwężenie tryprowe występuje w przeciwstawieniu do urazowego w czasie znacznie dalszym od przebycia trypra, niż zwężenie urazowe od czasu zajścia urazu. Najwcześniej zwężenia tryprowe występują zaledwie po upływie 2 lat od czasu pierwszego trypra, a tylko wyjątkowo rozwijają się jeszcze wcześniej. Taki szybszy przebieg bywa następstwem, jak to niejednokrotnie wywiady wykazują, jakiegoś czynnika urazowego (pęknięcie cewki przy wzwodzie tryprowym, nieostrożne spółkowanie, nieumiejętne stosowanie silnie żrących przestrzykiwań lub nieostrożne cewnikowanie i t. d.). Średni czas, potrzebny do zupełnego rozwoju — »dojrzenia« — zwężenia tryprowego, wynosi mniej więcej 5—6 lat. W naszym przypadku potrzeba na to było aż 27 lat (Nr 1). Długi okres dojrzewania zwężenia tryprowego staje się zupełnie zrozumiałym, jeżeli uwzględnimy niektóre właściwości sprawy chorobowej, toczącej się w cewce. Zwężenie tryprowe jest wynikiem wygojenia się ognisk zapalenia przewlekłego, tworzących się w tkance podśluzowej, postępujących *per continuitatem* w beleczkach ciała jamistego cewki i toczących się w otoczeniu cewkowych lub przycewkowych gruczołów. W ostatnich czasach zwrócono baczną uwagę na znaczenie dla przebiegu omawianej sprawy chorobowej gruczołów cewkowych, które, jak o tem można się przekonać na poprzecznie ciętych preparatach z całkowitego prącia, znajdują się nietylko w bliskości śluzówki, ale i wśród beleczek ciała jamistego cewki, podchodząc nieraz aż ku ciałom jamistym prącia. Czem głębiej usadowiony gruczoł, tem dłuższy posiada przewód. Zakażenie takich gruczołów, postępując z cewki, a więc od strony przewodów tych gruczołów, zakaża przedewszystkiem te przewody, a naciek zapalny

powstający wskutek tego naokoło przewodu, uciska nań i stanowi niemałą przeszkodę dla odpływu wydzieliny gruczołów. Wydzielina ta zalega i łatwo się zakaża, o ile jeszcze nie jest zakażona; o ile zaś zakażeniu uległa, z trudem tylko z gruczołu uchodzi i podtrzymuje stan zapalny w gruczole i otaczającej go tkance. Sprawa ta toczy się przez czas dłuższy, a blizna, jako wyraz jej miejscowego wygojenia się, może się wytworzyć w ciągu dwóch do kilku, a nawet kilkunastu lat po zakażeniu. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski na rok 1907. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył dr Teodor Cybulski. (Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego). — Świeżo wydany kalendarz lekarski jest rocznikiem tego wydawnictwa siedemnastym, co najlepiej świadczy, iż kalendarz ten zjednał sobie trwałe powodzenie i wiernych przyjaciół, wypierając słusznie wydawnictwa obce, dawniej u nas bardzo rozpowszechnione. Jestto zasługą Towarzystwa lekarskiego krak., za którego staraniem zajmowali się tem wydawnictwem, gdy przestały wychodzić kalendarze dra J. Stelli-Sawickiego, kolejno dr Murdzieński, Raczyński, Grażyński, Seńkowski, a obecnie drugi już rok dr Cybulski. Staranna zawsze redakcya, urozmaicenie i stopniowe wzbogacenie treści, estetyczny i wzorowy druk odznaczały zawsze kalendarz krakowski przed innemi podobnemi wydawnictwami. Rocznik obecny nie różni się wogóle układem od poprzedniego, został jednak w szczegółach stosownie dopełniony i ulepszony. *R.*

Schwalbe. **Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis.** Lipsk, 1906 (Thieme). Tom I, str. 352, z 290 rycinami, 8.80 Mk. — Bujny rozwój techniki leczniczej zawdzięcza medycyna doskonaleniu się poszczególnych działów lecznictwa. Ale to doskonalenie się ma znane powszechnie wady: mianowicie z jednej strony zasklepianie się wszelakich »specyalistów« w obrębie swego działu, z drugiej — coraz większe utrudnienie dla lekarzy praktycznych w owładnięciu potrzebnych im wiadomości, szczególnie w zakresie techniki leczniczej, a stąd i coraz większą zależność lekarzy-praktyków od »specyalistów«, zwłaszcza, że w czasie studyów lekarskich nie ma dość sposobności do zapoznania się z mnogimi nowoczesnymi sposobami leczniczymi. Stąd łatwo ocenić, jak pożyteczną dla ogółu lekarzy jest książka, opisująca te sposoby tak dokładnie, aby każdy lekarz mógł się ich bez trudności sam wyuczyć. Dzieło, wydane przez prof. Schwalbego, stanie się z pewnością niezbędnym dla każdego lekarza praktycznego podręcznikiem, tem więcej, że każdy zabieg objaśniony jest licznymi doskonałymi rysunkami, a poszczególne działy opracowali znakomici specyaliści, profesorowie: Czerny, Englisch, Eversbusch, Friedrich, Fritsch, Hildebrandt, Hoffa, Hoppe-Seyler, Kobert, Müller, Schmidt, Schwalbe, Siebenmann, Strümpell i Vierordt. Pierwszy tom dzieła obejmuje: technikę miesienia, gimnastyki i ortopedyi mechanicznej (Hoffa), wodolecznictwo i leczenie zapomocą ciepła (Vierordt), radyoterapię, t. j. rentgenizacyę leczniczą, leczenie sposobem Finsena, leczenie radem i t. d. (Schmidt); technikę przyrządzania i stosowania lekarstw (Kobert), najważniejsze wiadomości z ogólnej techniki chirurgicznej (Hildebrandt), technikę leczenia poszczególnych narządów (Eversbusch). Tom drugi wyjdzie z początkiem roku 1907.

Wielką zaletą książki jest to, że przestrzega ściśle zadań praktycznych i nie zawiera zbytecznego w tym razie balastu historycznego, piśmienniczego, oraz wywodów teoretycznych; nie pomija natomiast najważniejszych wskazań poszczególnych sposobów leczenia. Nadto, nie lekceważąc nawet najprostszych zabiegów i dając rzeczywiście dokładny ich opis, podaje podręcznik także i niektóre zabiegi trudniejsze na wypadek, gdyby czytelnik pragnął posiąść w danym dziale wiadomości, nieco przekraczające poza granice wiadomości, niezbędnych dla każdego lekarza, czyli gdyby pragnął nauczyć się nieco szczegółowiej techniki pewnego specyalnego działu. *O.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Hlava. **Zagadnienie raka.** (*Wykład przy objęciu rektoratu* 7/XI. 1906). Na podstawie krytycznego rozbioru spostrzeżeń anatomiczno-patologicznych i najnowszych prac doświadczalnych dochodzi H. do następujących wniosków: 1) Jest rzeczą pewną, że raki i wiele innych nowotworów rozwijają się z zawiązków, oddzielonych w życiu płodowem. 2) Jest rzeczą możliwą, że raki rozwijają się także z zawiązków, oddzielonych już w życiu pozapłodowem pod działaniem czynników mechanicznych, chemicznych, termicznych i świetlnych. 3) Raki gruczołowe zdają się nie być pochodzenia pasorzytnego. 4) Nie można tego tak stanowczo twierdzić o rakach płaskokomórkowych; do tego trzeba dalszych badań. Zdaje się, że Borrel słusznie przypuszcza, iż raki pod względem etyologicznym są różnorakie. 5) Bodźcem bujania nowotworowego są podrażnienia mechaniczne, termiczne i t. d., a może jakiś dziś dokładniej nieznany czynnik, działający chemotaktycznie na oddzielone w sposób wyżej wspomniany zawiązki nowotworowe. Bodźce te mogą być pochodzenia wewnętrznego lub zewnętrznego i tem się może tłómaczyć wpływ warunków topograficznych, etnograficznych i t. d. 6) Doświadczalnie można wytworzyć pewien stopień odporności przeciw nowotworom. 7) Można mieć nadzieję, że tą drogą dojdziemy do zdobyczy leczniczych. *Ciechanowski.*

Paschen. **Co wiemy o zarazku ospowym?** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 49). Nie ulega żadnej wątpliwości, że zarazek ospowy jest w limfie zawarty w niezmiernej obfitości, że jest istotą żywą, nadzwyczaj drobną, i że jad jego wywołuje w tkance swoisty rodzaj obumarcia, oraz odczyn zapalny. Ruch własny tego zarazka jest wielce prawdopodobny; krąży on niewątpliwie w całym ustroju. Czy twory, znalezione przez autora w preparatach barwionych z rozcieńczonej limfy dziecięcej, mają co wspólnego z owym zarazkiem, rozstrzygnąć niepodobna. *Dr M. Godlewski.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Eulenburg. **O kilku nowszych sposobach leczenia padaczki.** (*Therapie der Gegenwart* 1906, Nr 11). Sposób Toulouse-Richeta (zastąpienie w dyecie soli kuchennej bromkiem sodu) został przed laty kilku zmieniony przez Balinta o tyle, że autor zalecił dla chorych na padaczkę specyalny chleb t. zw. bromopan, zawierający zamiast NaCl 1 gr. NaBr na 100 gr. chleba, a wypiekany z mąki, zwanej bromofariną. Oba przetwory są stosunkowo drogie. Również drogie są wszystkie nowsze połączenia organiczne bromu z białkiem, jak: bromeigon, rozpuszczalny peptobromeigon, bromosin i bromocoll. Szersze zastosowanie znalazła bromipina Mercka 10 prc. i 33⅓ prc., płynne połączenie bromu z olejem łogowym (*ol. sesami*). 33⅓ prc. bromipinę wyrabia Merck także w kołaczykach, jako t. zw. *bromipinum solidum saccharatum.* Jeden kołaczyk odpowiada łyżeczce 10 prc. bromipiny. Ze względu na bardzo przykry smak bromipiny próbowano ją stosować w lawatywach (30—50 gramów 33⅓ prc. przetworu, u dzieci od 15—40 gramów), w odstępach 4—5 dniowych. Neuronal, wprowadzony przez Schultzego (bromdiaethylacetemid) okazał się dobrym środkiem uśmierzającym w różnych podnieceniach, ale za właściwy lek przeciwpadaczkowy uważać go nie można. — Z przetworów organoterapeutycznych wymienić należy cerebrynę. Autor, opierając się na 22 własnych przypadkach, nie może przyznać cerebrynie tak świetnych wyników w leczeniu padaczki, jak rosyjscy lekarze (Cion, Tarchanoff). *Wilczyński.*

Sachs-Müke. **Środek pomocniczy przy sedymentacyi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 50). Aby uniknąć przy badaniu co do prątków gruźliczych robienia wielu preparatów, zaleca autor na szkiełku przedmiotowem rozetrzeć ½ ctm. osadu, otrzymanego z plwociny pod działaniem wody utlenionej, a wysuszywszy na powietrzu, lub nad płomieniem, nałożyć na to samo szkiełko znowu tę samą ilość osadu, znów rozetrzeć i wysuszyć, a potem dopiero utrwalać i barwić, jak zwykle. *Dr Godlewski.*

Hornung. **Leczenie zaburzeń krążenia zapomocą elektryczności.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 50). Autor używa prądu przerywanego w kąpieli wodnej. Zabieg taki na serce zdrowe nie wpływa, przy zaburzeniach w krążeniu natomiast zmniejszają się wymiary rozszerzonego serca, przyczem ciśnienie, chorobowo obniżone, wzrasta. Przy chorobliwie wysokiem parciu natomiast obniża się ciśnienie. Podobnie nieraz działa naparstnica. H. przypuszcza tu działanie prądu na narząd

naczynioruchowy, którego porażenie, jak wiadomo, może upośledzić krążenie nawet przy zdrowem sercu. Leczenie zaburzeń krążenia elektryzacyą zalicza autor do metod, ochraniających serce, nie zaś do ćwiczących. *Dr M. Godlewski.*

Mayer. **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa zapomocą surowicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 49). W prawie beznadziejnym przypadku autora leczenie surowicą Möbiusa dało zdumiewająco pomyślny wynik. *Dr M. Godlewski.*

Lardelli. **O wpływie arsenu (woda Val Sinestra) na przemianę materyi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 49). Doświadczenia na zwierzętach w tej, tak ważnej dla medycyny praktycznej sprawie doprowadziły autora do bardzo ciekawych wyników. Przedewszystkiem przypuszczenie o zwyrodnieniu narządów wewn. pod wpływem arsenu okazało się błędnem, mimo bowiem dużej ilości tłuszczu odkładanego u zwierząt, którym zadawano dłuższy czas arszenik, serce i wątroba nie zawierały nadmiaru tłuszczu. Okazało się dalej, że rozrost kości u tych zwierząt w porównaniu ze zwierzętami kontrolnemi był bardzo wybitny. Wzmożoną ilość odłożonego w narządach tłuszczu odnosi autor do lepszego wyzyskania pokarmu, a nie do zwyrodnienia. Bezwzględna i odsetkowa ilość białka była również wyższa, niż u zwierząt kontrolnych, natomiast tkanki zawierały mniej wody. Ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny u zwierząt prawidłowych pod wpływem arsenu nie zmieniała się, u jednego zwierzęcia z nieproporcyonalnie małą ilością krwinek nastąpiła przy używaniu arszeniku szybka poprawa (brak zwierzęcia kontrolnego uniemożliwia tu wszelkie wnioski). Autor podawał arsen pod postacią wody Val Sinestra. *Dr M. Godlewski.*

Conradi. **W sprawie bakteryologicznego wczesnego rozpoznania duru brzusznego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906. Nr. 49). Z badań autora wynika, że nawet w kilku kroplach krwi można, posługując się wstępną pożywką żółciową, dość często, bo w połowie przypadków, wyhodować prątki durowe. *Dr Maryan Godlewski.*

Dietlen. **Wielkość i położenie serca prawidłowego w zależności od warunków fizyologicznych.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 88, Z. 1—3). U ludzi zupełnie zdrowych doszedł autor zapomocą ortodiagramów do następujących wyników: Wymiary serca zależą do pewnego stopnia od wzrostu, t. zn. większe serce mają w ogólności ludzie wysocy, aniżeli niscy, starsi i mężczyźni większe, aniżeli młodsi i kobiety równego wzrostu. Wielki wpływ na rozmiary serca wywiera również ciężar ciała. Pamiętać zawsze należy, że sylwetka serca, stwierdzona zapomocą opukiwania lub jeszcze lepiej radyograficznie, zależy w wysokim stopniu od budowy, kształtu i rozmiarów klatki piersiowej, od odległości, indywidualnie bardzo różnej, sutków od siebie, zmiennego stanu przepony. *Wilczyński.*

Pedyatrya.

Legrand. **Ropień wątroby u dzieci** (*Arch. de méd. des enf.*, 1906, III i IV). Autor zebrał opisy 112 przypadków, z tego 17 przypadków pochodziło z Egiptu; dwa własne spostrzeżenia. Ropień wątroby jest rzadszy u dzieci, niż u dorosłych. Najczęstsze są ropnie czerwonkowe, po nich urazowe, dalej występujące w następstwie zapalenia wyrostka robakowatego, gruźlicze i wywołane czerwiami. Już znacznie rzadsze są ropnie w przebiegu ropnicy, duru brzusznego, zapalenia żyły pępkowej, grypy. Nie spostrzegano u dzieci ropni skutkiem zapalenia przewodów żółciowych na tle kamicy. Rozpoznanie w przypadkach typowo przebiegających jest łatwe. Trudniejsze, gdy chodzi o ropień utajony, lub zamaskowany innemi jakiemiś ogniskami pozawątrobowemi, np. wysiękiem opłucnym, zapaleniem wyrostka robakowatego lub ciężkimi objawami ogólnymi. Pomieniać wtedy można ropień wątroby z durem brzusznym, gruźlicą prosówkową, zapaleniem opon, ciężką żółtaczką. Rokowanie zależy od przyrody ropnia, stanu ogólnego choroby przyczynowej i od leczenia. Jedynem usprawiedliwionem postępowaniem jest szerokie nacięcie. Do wątroby dochodzi się albo przez powłoki brzuszne, przyczem można w razie potrzeby dodać wycięcie łuku żebrowego, albo po wycięciu 1—2 żeber przez opłucną, której zaułek ochrania się odpowiednio założonymi szwami. Wątrobę wszywa się do rany i nacina. *Lewkowicz.*

Prof. Apert. **Rozpoznawanie ropnego zapalenia opłucnej u dzieci.** (*Wiener med. Presse*, 1906, Nr. 44). Ropne zapalenie opłucnej bywa u dzieci bardzo często przeoczone, lub rozpoznawane jako gruźlica płuc, co pociąga za sobą fatalne skutki dla chorego, bo wskutek nieodpowiedniego leczenia dziecko chudnie, opada coraz więcej na siłach i wreszcie ginie, chociaż operacya mogłaby mu przywrócić zdrowie. Przyczyna tego błędu rozpoznawczego jest następująca: Wiadomo, że już w stanie prawidłowym szmery oddechowe u dzieci wskutek małej grubości ścian klatki piersiowej są znacznie ostrzejsze, niż u dorosłych (Laënneca *respiratio puerilis*), podobnie i wszelkie szmery chorobowe występują silniej; dlatego też często rozpoznaje się u dzieci jamę gruźliczą w płucach tam, gdzie są ogniska zapalne.. Wysięk opłucny, który się najczęściej przyłącza do zapalenia płuc, o ile nie jest bardzo wielki, osłabia szmery tylko w małym stopniu, wskutek tego odpada u dzieci najpewniejszy rozpoznawczy szczegół wysięku opłucnego, t. j. zniesienie lub osłabienie szmerów oddechowych. O wiele większe znaczenie, niż osłuchiwanie ma w tych przypadkach opukiwanie, które powinno być lekkie, by nie wstrząsało całej klatki piersiowej. Zapalenie bowiem płuc nawet w okresie zupełnego zwątrobienia wywołuje u dzieci tylko względne przytłumienie, bezwzględne zaś stłumienie przemawia zawsze za wysiękiem opłucnym. Nakłucie próbne nietylko potwierdza wtedy rozpoznanie, ale wykrywa także rodzaj wysięku; najczęściej jest on ropny. Badanie mikroskopowe tej ropy w największej liczbie przypadków stwierdza obecność licznych dwoinek zapalenia płuc w ciałkach ropnych. Rokowanie jest pomyślne. W celu leczenia nie wystarczy jednak samo nakłucie, lecz należy wykonać resekcyę żebra i założyć sączek. Przepłukiwanie jamy opłucnej nie jest wskazane. Gorączka zwykle wkrótce opada i dziecko powraca po 2 najdalej miesiącach do zdrowia. *Friediker.*

Bystrenik. **Przyczynek do leczenia cholery niemowląt.** (*Prakt. Wracz.* 1906, Nr 25). Autor na podstawie 5 leczonych przez siebie przypadków ciężkiej cholery niemowląt, zwraca uwagę na dobre wyniki jednoczesnego leczenia podskórnemi wstrzykiwaniami fizyologicznego rozczynu soli i wlewaniami do jelit. Autor wstrzykiwał odrazu po 50 sz. cm. ciepłego (37—38°) fizyologicznego rozczynu soli w obie okolice pachwinowe. Jednocześnie stosował wysokie wlewania ze zwykłej przegotowanej wody (38°) w ilości 1—1·5 litrów z dodatkiem 1—2 łyżeczek kwasu borowego. Chore dziecko układa się na brzuch, miękki cewnik Nélatona (22—24) wsuwa się do odbytu; płyn wlewa się niedużemi porcyami i jednocześnie wsuwa się cewnik coraz dalej. Część płynu przez jakiś czas wraca się, przyczem niekiedy razem z wodą wypływają zielonawo-brudne cuchnące kawałki. Wlewania do jelit znoszą dzieci zwykle dobrze i wnet potem uspokajają się. Wszystkie 5 przypadków autora zakończyły się wyzdrowieniem. *Z. Orłowski.*

Prof. Heubner. **Kurcz odźwiernika** (*Ther. d. Gegenw. Z. 10*). Tak zwane wrodzone zwężenie odźwiernika u dzieci spotyka się stosunkowo dość często, (u około 0.5 prc. wszystkich chorych dzieci). Głównymi objawami są: uporczywe i obfite wymioty zaraz w pierwszych tygodniach życia, stawianie się i żywy ruch robaczkowy części odźwiernikowej żołądka, zmniejszenie się ilości moczu, zaparcie stolca. Zdaniem autora przyczyną całego cierpienia nie są żadne organiczne zmiany, lecz nadczułość błony śluzowej żołądka, wywołująca odruchowo czynnościowy kurcz części odźwiernikowej. W myśl tego sprzeciwia się autor poleconym powszechnie przepłukiwaniom żołądka, gdyż one mogą tylko zwiększać wrażliwość żołądka. Natomiast gorące okłady, atropina w czopkach i podawanie pokarmu w długich odstępach czasu, — oto główne zasady leczenia, wymagającego niekiedy i kilku tygodni. Leczenie operacyjne według statystyki Ibrahima daje wyniki znacznie gorsze, bo 50 prc. śmiertelności. *Wilczyński.*

Prof. Marfan. **O krzywicy wrodzonej** (*Sem. méd.*, 1906, Nr. 41). Gdy we Francyi panuje niepodzielnie zapatrywanie Parrota, że nie ma krzywicy wrodzonej, to w Austryi i w Niemczech ma zwolenników pogląd Kassowitza, według którego krzywica ma swój początek prawie zawsze w życiu płodowem, a czynniki, uchodzące za przyczynowe, jak warunki higieniczne, złe odżywienie, zaburzenia w trawieniu i choroby ostre grają tylko rolę pomocniczą lub potęgującą. Liczne spostrzeżenia autora doprowadzają go do wniosku, że pogląd, przyjmujący istnienie wrodzonej krzywicy, jest uzasadniony. Według Marfana czynniki przyczynowe krzywicy, działając jako wpływy toksyczne lub zakaźne u rodziców, zwłaszcza u matki podczas ciąży, mogą wywrzeć wpływ na kostnienie u płodu w okresie rozwoju, a tesame czynniki wywierają też wpływ na ustrój dziecka w pierwszym i drugim roku życia. *Dr. Blassberg.*

Böhme. **Próby żywienia mlekiem perhydrazowanem.** (*Deutsch. med. Wochs.*, 1906, Nr. 43). Mleko poddaje się celem wyjałowienia działaniu perhydrolu Mercka w ilości 3.3 cm^3 na litr, a nadmiar H_2O_2 rozkłada się zapomocą katalazy. Koszt

wytwarzania takiego mleka jest znaczny. Mleko to ma wszelkie cechy mleka rodzimego, surowego. Dzieci starsze i oseski powyżej $^1/_4$ roku znoszą to mleko bardzo dobrze, a szybszy przyrost ciężaru ciała i ustępowanie zmian krzywiczych przemawiałyby za wyższością mleka perhydrazowanego nad gotowanem. Wbrew jednak temu, co twierdzą niektórzy autorowie (Monrad, Hohlfeld), nie widział B. swoiście korzystnego wpływu na przewlekłe zaburzenia trawienia. Oseski bardzo młode i słabowite znoszą mleko perhydrazowane, o ile można wnosić ze szczupłego materyału autora, gorzej, niż mleko gotowane. *Lewkowicz.*

Thomesco i Graçoski. **Serodyagnostyka gruźlicy w ogóle, a w szczególności u dzieci** (*Arch. d. méd. des enf.* 1906, VIII). Autorowie używali do prób hodowli jednostajnych w surowicy cielęcej ($^1/_4$) z wodą przekroploną ($^3/_4$) i 3 prc. gliceryny. Robili próby jedynie mikroskopowe. Za dodatni uważali wynik, począwszy od 1:20. Wnioski są dla metody bardzo korzystne. Odczyn dodatni prawie z bezwzględną pewnością świadczy o obecności jakiejś zmiany gruźliczej. Przeciwnie odczyn ujemny nie uprawnia do wyłączenia gruźlicy, mianowicie w przypadkach ze złym stanem ogólnym i zmianami daleko posuniętemi. Odczyn dodatni pozwolił autorom niejednokrotnie wykryć gruźlicę w samych jej początkach. *Lewkowicz.*

Comby. **Trzy nowe przypadki porażeń pobłoniczych, wyleczone surowicą przeciwbłoniczą.** (*Arch. d. méd. des enf.*). Autor przemawia gorąco za stosowaniem wysokich dawek surowicy przeciwbłoniczej bez względu na to, czy surowica w przebiegu błonicy była już stosowaną, czy nie. *Lewkowicz.*

Richet i Lesué. **O ilości mleka potrzebnej i dostatecznej dla dziecka.** (*Arch. de méd. des enf.*, 1906, VIII). Ilość ta obliczaną bywa zwykle według wieku. Nie jest to słuszne. Z ogólnej ilości energii, wprowadzanej w postaci mleka, około $^1/_6$ odchodzi w kale, a osadzoną zostaje jako tkanka $^1/_9$—$^1/_{48}$ (pierwsze liczby odnosić się będą także poniżej do pierwszego miesiąca, drugie do dwunastego miesiąca życia), reszta $^{13}/_{18}$—$^{39}/_{48}$ zużyta zostaje na ogrzanie ciała, pracę bowiem mechaniczną u oseska można pominąć. Ponieważ zadanie pożywienia jest u dziecka głównie funkcyą termiczną, zatem powinno ono być proporcyonalne do powierzchni ciała, gdyż utrata ciepła przez promieniowanie proporcyonalną jest do powierzchni. Podobnie zużycie tlenu jest funkcyą powierzchni. Powierzchnię można obliczyć według wzoru $S = K\sqrt{P^{2/3}}$ lub $S = P^{0.666} K$, gdzie P = ciężarowi ciała, a K jest stałą, wynoszącą u dziecka 12.3. Albo też można się posługiwać tabliczkami, podanemi przez autora. Ciężar ciała wynosi (1 i 12 mies.) 3000—8960. Ilość mleka na dobę 600—1025, powierzchnia ciała w cm^2 2496—5182, powierzchnia w cm^2 na jeden kilogram ciała 832—579, ilość pokarmu na 1 dm^2 jest prawie stałą i wynosi średnio 20 gr. (Ściślej w pierwszym miesiącu 21.8, potem pomiędzy 20—19, od 9 miesiąca między 19—18.3). Ilość kaloryi na 1 cm^2 zużywanych codziennie wynosi 9.0.

(W praktyce obliczenie powierzchni, które dla oznaczenia ilości mleka zaleca autor, zdaniem sprawozdawcy jest zbyteczne. Wystarczy kierować się ciężarem. Np. według tabliczki dziecko w 9. miesiącu waży średnio 7900 i potrzebuje 950 gr. mleka. Jeżeli w danym przypadku dziecko w 8. lub 10. miesiącu ma wagę, nie odpowiadającą wiekowi, lecz 7900. to należy mu podawać 950 gr. mleka, bo i jego powierzchnia ciała odpowiada powierzchni dziecka w 9. miesiącu). *Lewkowicz.*

Higiena.

Seligmann. **Reduktazy w mleku krowiem.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, Tom 52). Zdolność odbarwiania, czyli redukowania błękitu metylenowego, właściwą surowemu mleku krowiemu, przypisywali jedni działaniu enzymów (Hecht-Smith), inni (Hefter) bakteryom; rozstrzygnięcia tego sporu podjął się S. Z doświadczeń jego wynika, że redukujące własności mleka, reduktazy, tak co do czasu swego wystąpienia, jak i co do wpływu środków przeciwgnilnych, w ogólności zachowują się podobnie do katalitycznych jego własności wobec wody utlenionej — do superoksydaz; — wobec innych czynników podobieństwo to znika. Obecność obu tych właściwości w mleku dowodzi, zdaniem S., że w niem jest dużo bakteryi; wywołują je jednak różne gatunki bakteryi. Śmietanka, otrzymana na centryfudze, nie traci po wypłukaniu wodą superoksydazy mleka, nie posiada jednak reduktazy; dowodzi to również odmiennego zachowania się tych dwóch fermentów w mleku. — Ogrzanie mleka niszczy reduktazę, zakażenie go zaś powtórne mlekiem kwaśnem przywraca tę własność, która w dalszym okresie czasu się wzmaga. Dowodzi to bakteryjnego pochodzenia reduktazy, a potwierdzają to dalsze doświadczenia Seligmanna z wykrytemi przez niego krótkiemi i grubemi laseczników atemi bakteryami, nierozpuszczającemi żelatyny, które tak jałowemu mleku, jak i innym pożywkom udzielały szybko wybitnych własności redukujących. Odkryte przez autora ziarenkowce, rozkładające wodę utlenioną, nie posiadają pierwotnie własności redukujących, lecz dopiero w 3-dniowej hodowli w mleku, gdy odpowiedni ferment wytworzy się z rozłożonego sernika. *L. Bier.*

Bohne. **Rozpoznawcza wartość ciałek Negriego.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Tom 52). Autor próbował rozstrzygnąć, o ile ciałka, wykryte przez Negriego w mózgu osób zmarłych wskutek wodowstrętu, są ścisłem znamieniem tej choroby. Badaniu poddał B. 150 mózgów z ludzi i zwierząt, stosując skróconą (3 godz.) metodę zatapiania przy użyciu acetonu i parafiny (Henke-Zeller), barwiąc skrawki metodą Manna. W 99 mózgach wynik był dodatni, w reszcie ujemny; w dalszych 10 mimo ujemnego wyniku mikroskopowego, szczepienie królika stwierdziło wodowstręt równie, jak w powyższych 99, natomiast w dalszych 50, w których śmierć nastąpiła nie z wodowstrętu, brak było stale ciałek Negriego. Wartość praktyczną posiada badanie mikroskopowe mózgu co do ciałek Negriego z tego względu, że pozwala rozpoznać wodowstręt 40 dni wcześniej, niż przez doświadczenia na zwierzęciu; w razie braku ciałek Negriego należy zawsze stwierdzać wodowstręt doświadczalnie. *L. Bier.*

Schiffmann. **W sprawie ciałek Negriego.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, Tom 52). S. stwierdza swoistość ciałek Negriego w mózgu ludzi i zwierząt, zmarłych wskutek wodowstrętu, rozróżniając trojaką ich postać: ogniskową, zwykłą i punkcikową. Wielkość ich waha się w szerokich granicach. W miarę przeprowadzania zarazka wścieklizny przez zwierzęta znikają najpierw ciałka ogniskowo ułożone, później zwykłe, w końcu punkcikowe; początkowo z rogu Amona, później z móżdżku; nie wpływa na to ani okres wylęgania choroby, ani jej postać, ani też jej długość. Czy ciałka Negriego należy uważać za objaw zwyrodnienia, czy za pasorzyty swoiste, Schiffmann nie rozstrzyga. *L. Bier.*

Sigel. **O gorączce odlewaczy i jej zwalczaniu.** (*Viertelj. f. ger. Med. und öff. San.* 1906, Z. 3, 4). Do znanych lekarzom już dawniej chorób zawodowych przybyła od niedawna istniejąca już dawniej, ale przez lekarzy nie badana i nie opisywana »gorączka odlewaczy« (Giessfieber). Na zasadzie obszernych badań robotników z odlewarni metali w Würtembergu i doświadczeń na sobie samym, podaje o niej S., co następuje: 1) Gorączka odlewaczy jest wyrazem ostrego zatrucia cynkiem. 2) Objawami jej, występującymi zwykle dopiero w parę godzin po pracy przy odlewaniu są: uczucie drapania w gardle, kaszel, smak metaliczny w ustach, znużenie, bole i kurcze mięśniowe, brak łaknienia, zrywanie na wymioty, rzadziej wymioty, duszność, ziębienie lub wyraźne dreszcze, kołatanie serca, silne poty przełomowe, (a niezawsze) przelotna gorączka 38—39° C. Cała choroba trwa za każdym razem 5—20 godzin. 3) Gorączka ta zdarza się prawie wyłącznie w odlewarniach mosiądzu, cynku i jego stopów, w odlewarniach cynku tylko wtedy, gdy cynk, silnie rozgrzany, ulatnia się (jako tlenek). W odlewarniach żelaza i t. d. choroba ta nie jest znaną. 4) Odporność wrodzona albo nie istnieje, albo jest nadzwyczaj rzadka. 5) Przyzwyczajenie się do szkodliwych wpływów (niewrażliwość) wyrabia się u 70—75 prc. robotników; reszta choruje niemal regularnie, ale niezbyt silnie; wyjątkowo staje się konieczną zmiana zajęcia. 6) Im więcej cynku zawiera odlewany stop, tem łatwiej o zachorowanie. 7) Gorączka odlewaczy zdarza się częściej w zimie i w czasie niepogody. 8) Do gorączki tej usposabiają nadużycia *in Baccho et Venere*, młody wiek, wątłość ustroju. 9) Zdarza się ona rzadziej w wielkich odlewarniach z dobrą wentylacyą, niż w małych, źle przewietrzanych. Ostrożności (respiratory i t. d.) mają wartość względną, a stosowane są mało i niechętnie. 10) Jednorazowy napad nie jest niebezpieczny, mnogie mogą być szkodliwe dla ustroju (choroby płuc, nerek). 11) Swoistego leczenia niema; niekiedy działają korzystnie soda i mleko. 12) Zwalczanie gorączki odlewaczy polega na odpowiedniem nadzorze przez inspektoraty przemysłowe, ochronie poszczególnych robotników i wprowadzeniu do odlewarni dobrej wentylacyi. *R.*

Kronika historyczna na styczeń.

Zestawił

Dr Adam Langie.

Dnia 6. stycznia 1903 r. umiera w Roissy pod Paryżem Photinos Panas, profesor okulistyki uniwersytetu paryskiego. Grek z pochodzenia, ur. w Kephalonii 1832 r., przybył 1849 r. do Paryża dla studyów lekarskich. Z początku poświęcał się chirurgii i dopiero od roku 1872 miewa wykłady o chorobach ocznych, a w r. 1879 otrzymuje katedrę okulistyki. Wykłady jego w szpitalu »Hôtel-Dieu«, odznaczające się wykwintnym stylem i nadzwyczaj zajmujące, ściągały licznych słuchaczy, nawet nie specyalistów. Z upodobaniem omawiał patologię i leczenie nowotworów oczodołu. Uchodzi słusznie za twórcę najnowszej szkoły okulistycznej francuskiej; ogłosił wiele cennych prac naukowych, wydał w r. 1894 znakomity podręcznik chorób ocznych i założył w 1881 r. wspólnie z Landoltem czasopismo »Archives d'Ophtalmologie«. Katedrę opuścił 1901 r.

Dnia 7 stycznia 1892 r. zmarł Ernest Wilhelm Bruecke ur. 6. czerwca 1819 w Berlinie; nauki pobierał tam i w Heidelbergu. Wkrótce po doktoracie (1842), jako asystent Jana Müllera habilituje się 1844 r. na docenta fizyologii. W 1848 roku mianowany profesorem nadzwyczajnym w Królewcu, a w 1849 r. profesorem zwyczajnym w Wiedniu, gdzie wykłada przez lat 41 (do r. 1890). Epokowe znaczenie mają prace jego nad fizyologią trawienia, krwi, zmysłów (zwłaszcza wzroku), mowy, mięśni i t. d.), które stawiają nazwisko Brueckego w pierwszym rzędzie nowoczesnych uczonych. Prócz licznych monografii, wydał podręcznik fizyologii (1876 r.), który przez długie lata był ulubioną książką. Brueckego cechuje ogromna wszechstronność, wytworność słowa i zmysł estetyczny, przebijające w każdej jego pracy. Zmarł w Wiedniu na emeryturze.

Dnia 12. stycznia 1894 r. umiera w Krakowie Maurycy Madurowicz. Urodzony 1831 r. w Kołomyi, nauki pobierał w Krakowie, potem w Wiedniu, gdzie 1855 otrzymał stopień doktorski. Jako asystent przez 6 lat kliniki obu Braunów wyrobił sobie znaczną praktykę. W r. 1862 opuszcza Wiedeń i przybywa do Krakowa, gdzie habilituje się na docenta, a w rok potem (1863 r.) zostaje profesorem położnictwa i ginekologii, równocześnie prymaryuszem w szpitalu św. Łazarza. Tutaj to w ciasnych, niewygodnych salkach naucza przez lat 8, aż dopiero 1871 r. udało mu się wykołatać tymczasową klinikę (stan tymczasowości trwa do dziś dnia) dla chorób kobiecych, pierwszą w Krakowie. Wybrany dwukrotnie dziekanem Wydziału lek., — w r. 1868 prezesem zawiązanego przed 2 laty Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, w r. 1880 rektorem uniwersytetu, a 1889 prezesem pierwszego polskiego Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie. Jeszcze w Wiedniu zasłynął jako nadzwyczaj zręczny operator-położnik. Prac naukowych ogłosił 16, wynalazł kleszcze porodowe własnego pomysłu i przyrząd do rozszerzania szyi macicznej. Po roku 1869, kiedy to dotknął go bolesny podwójny cios rodzinny: strata żony i dziecka, zaprzestał pisać i oddany jedynie nauczaniu w klinice usunął się od życia towarzyskiego, obcując tylko z rodziną i najbliższymi przyjaciółmi. Szorstki pozornie i nieprzystępny dla obcych, okazuje najtkliwsze serce dla ludzkich nieszczęść, a młodzież kocha prawdziwie. Serdecznym wyrazem najgłębszej czci i przywiązania do tego zacnego, nieposzlakowanego człowieka był 25-letni jubileusz działalności jego profesorskiej, w którym dnia 14. stycznia 1888 roku wszyscy żyjący jego uczniowie złożyli mu dobrze zasłużony hold.

Dnia 18. stycznia 1878 r. umiera Józef Dietl (ur. 1804 r. w Podbieżu w Galicyi). Po odbyciu nauk początkowych w Samborze, Tarnowie i N. Sączu, ukończył ówczesny t. zw. kurs filozofii we Lwowie, poczem 1823 roku zapisał się na medycynę w Wiedniu i doktoryzował się tam 1829 r. Przez 2 lata był asystentem mineralogii i zoologii przy prof. Schererze; w 1833 r. został fizykiem przedmieścia Wieden, gdzie za jego staraniem otworzono szpital, którego w 1848 r. zostaje dyrektorem. O ile podczas studyów borykać się musiał z biedą, o tyle wkrótce po doktoracie niezwykły jego talent wyrabia mu bardzo znaczną praktykę prywatną. Porzuca ją jednak i przenosi się do Krakowa, powołany na katedrę kliniki lekarskiej, którą obejmuje 12. maja 1851, a zajmuje do 1865; w tym roku został przez rząd przed czasem spensyonowany z powodu dzielnego oporu przeciw zamachom centralistycznym na autonomię uniwersytecką i na język polski w Galicyi. Wśród tego powierzał mu uniwersytet godność dziekana i rektora. — Przybycie Dietla do Krakowa było zbawiennem dla kliniki, bo ta odrazu pod jego kierunkiem stanęła na wyżynie europejskiej. Jemu to w udziale przypadło zaszczepić na grunt krakowski te wszystkie zdobycze nauki, które już pierwej we Francyi, a w Wiedniu pod wpływem Skody i Rokitańskiego nowe tory wskazały medycynie. Nadzwyczajna bystrość rozpoznawcza, wykład jasny, żywy, przekonywający siłą wywodów i porywający potoczystością słowa, zjednały mu sławę znakomitego profesora, a głęboka wiedza, żelazna praca i niezwykłe zdolności zdobyły krakowskiej klinice nawet za granicą powagę i znaczenie. — Dietl pracował bardzo wiele naukowo i pisał dużo. Wyniki naukowej podróży przez Węgry do Turcyi, Grecyi i Małej Azyi dla badań nad zimnicą zebrał potem w kilku cennych pracach. Zwiedziwszy znów bardzo dokładnie zagraniczne zdrojowiska, przyłożył ręki do podniesienia kąpieli krajowych, ogłaszając szereg prac w tym kierunku i zawiązując przy Tow. naukowem krakowskiem komisyę balneologiczną. W latach 1855, 1866 i 1873 z całem poświęceniem zwalcza cholerę w Krakowie i zaprowadza potrzebne urządzenia sanitarne. — Prócz działalności lekarskiej wiąże się z nazwiskiem Dietla równie znakomita działalność na polu społecznem, a imię jego jako pierwszego autonomicznego prezydenta Krakowa (wybrany 1866 r.) po wieczne czasy we wdzięcznej pamięci przechowają dzieje tego miasta. Pełna poświęcenia, rozumna praca na tem polu, rzadka zdolność organizacyjna, niezwykle bystry krytyczny umysł Dietla, obok imponującej powagi i zacności charakteru wzbudzały u wszystkich największe zaufanie, toteż powierzono mu mandat do Sejmu i do Rady państwa, cesarz zaś powołał go do Izby Panów. — Bardzo obszerną monografię o Dietlu i jego działalności, ogłosił swego czasu Oettinger w »Przegl. lek.« z 1878 r.

Dnia 20. stycznia 1661 r. wydaje król polski Jan Kazimierz akt fundacyi uniwersytetu we Lwowie z wydziałami: teologicznym, filozoficznym, matematycznym, prawniczym i medycznym; zarząd i wykłady spoczywają w ręku Jezuitów. Wskutek oporu głównie uniwersytetu krakowskiego, nowy uniwersytet nie mógł wejść całkowicie w życie aż 1759 r., lecz już w 1763 r. stracił prawo promocyi, choć nauki trwają dalej do 1773 r. tj. do zniesienia Jezuitów.

Dnia 21. stycznia 1894 r. umiera w Kamieńcu Podolskim Józef Antoni Rolle. Ur. na Podolu, wstąpił 1850 na wydział lekarski w Kijowie. Po 2-letnim pobycie zagranicą osiada 1861 r. w Kamieńcu jako lekarz praktykujący. Prócz licznych prac lekarskich, z których trwałe imię zdobyły sobie badania nad dziedzicznością obłąkania, z upodobaniem studyuje historyę polską i zasila literaturę nader ciekawemi i barwnemi monografiami głównie z dziejów Podola, pisanemi pod pseudonimem Dr Antoni J. Spory zbiór tych monografii stawia go w rzędzie wybitnych historyków polskich.

Dnia 29. stycznia 1881 r. wykonał Billroth w Wiedniu pierwszą swoją resekcyę żołądka z powodu raka odźwiernika. Operacya ta była wogóle trzecią z przedsiębranych u żywego człowieka. Pierwszą próbował w 1879 roku Péan bez skutku, drugą wykonał Rydygier, ale zakończyła się śmiercią po 12 godzinach; dopiero operacya Billrotha u 43-letniej kobiety dała wynik pomyślny. Odtąd coraz śmielej zaczęto podejmować resekcyę różnych części przewodu pokarmowego, a sam Billroth wykonał po koniec 1890 roku aż 124 różnych operacyi żołądka i jelit.

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

»Masochismus« nazwa, wprowadzona do psychopatologii popędu płciowego przez Krafft-Ebinga jest, jak to słusznie zauważa Eulenburg[1]), nawet w kołach lekarskich tak obcą i niezrozumiałą, że »są one skłonne wywodzić ją od jakiegoś pierwiastka assyryjskiego, semickiego, wogóle wschodniego.« Tymczasem nazwę tę zaczerpnął twórca psychopatologii płciowej Krafft-Ebing od nazwiska w swoim czasie głośnego nowelisty niemieckiego Sacher-Masocha.

Jeśli cykl wykładów postanowiłem poświęcić uwagom o rzeczonym autorze, to skłoniły mnie do nich liczne przyczyny. Przedewszystkiem sam życiorys nadawcy miana masochizmu »budzi — zdaniem Eulenburga[2]) — żywe psychologiczne zajęcie«,

podobnie jak dzieje życia markiza de Sade, od którego wywodzi się miano innej perwerzyi płciowej, sadyzmu. Nadto »użycza nam — zdaniem Eulenburga — życiorys ten klucza do zrozumienia literackiej twórczości autora i wynikającego z niej niezaprzeczenie i stale wzmagającego się wpływu« psychopatycznego. Prócz tych ogólno-naukowych pobudek, skłoniły mnie jeszcze inne bliższe. Nazwisko autora licznych nowel niemieckich dotyczy nas szczególnie blisko, ileże osoby, noszące nazwiska Sachera i Masocha, odgrywają w dziejach naszych pierwszej połowy 19. wieku pewną rolę. Sam autor, piszący wyłącznie po niemiecku, poczuwa się tak w swych dziełach, jak i polemicznych enuncyacyach do pochodzenia słowiańskiego, a podnosząc i apoteozując niejednokrotnie rasę słowiańską, mimo to nie znajduje dość czarnej barwy do odmalowania nas jako narodu przewrotnego, lekkomyślnego, pozbawionego uczuć etycznych. To też nowele jego, których treść rozgrywa się przeważnie w Galicyi, najczęściej wschodniej, zawierają mnóstwo faktów i szczegółów, wrzekomo historycznych, w istocie z prawdą niezgodnych, a szczegóły te stały się podstawą do wyjaśniania »masochizmu« słowiańskiem, a w szczególności nawet polskiem pochodzeniem mianodawcy tego zaburzenia popędu płciowego. Skoro w chwili obecnej żywego zajmowania się zagadnieniami z zakresu życia płciowego, opowieści i twierdzenia niezgodne z prawdą, głoszone przez Sacher-Masocha, poczynają przechodzić do nauki, jak to widzimy w pracy Eulenburga, opartej na przesadnie entuzyastycznej, w wielu miejscach fantastycznej biografii Sacher-Masocha, skreślonej przez Schlichtegrolla [3]), zatem tem większa potrzeba prostowania błędów i tendencyi.

I. Życiorys Sacher-Masocha.

Entuzyastyczny wielbiciel a zarazem i fantastyczny biograf Sacher-Masocha, Schlichtegroll, wyraża się, że »najlepszy komentarz do dzieł Sacher-Masocha stanowi jego życiorys«. »Życie jego nie biegło utartym szlakiem, było ono zmienne, szalone, genialne, to zmysłowością trawione, to znów spokojne a tak zmienne i różnobarwne, jak ono z pism jego do nas przemawia«. W istocie było ono takiem, jak je w tych słowach charakteryzuje wspomniany biograf, z tą tylko różnicą, że na miano genialnego żadną miarą nie zasługuje. Tę przesadę w określeniu jego życia możemy wybaczyć Schlichtegrollowi, który nie waha się na wstępie swej pracy stawić skromnego, choć utalentowanego nowelistę na równi z Göthem, ba nawet wyżej od Göthego jako jego następcę, za co go słuszna a ostra spotyka odprawa ze strony Eulenburga. »Porównanie Sacher Masocha z Göthem musimy jako niegodną i potwarczą profanacyę odeprzeć«, gdyż »nie umiał on przez całe swe życie wedle przepisu Fausta poezyi przewodzić, ani też oprzeć się potęgom, niszczącym jego egzystencyę. Nie z Göthem, lecz z Güntherem, Lenzem, nieszczęśliwym Bürgerem, Grabbem i innymi, z własnej winy wykolejonymi »geniuszami« możnaby go zestawić. »Nie umiał się poskromić — wedle słów Göthego — i tak rozpłynęło się jego życie, jak i twórczość«. Tak, i słusznie, Eulenburg.

Pochodzenie Sacher-Masocha uważa Schlichtegroll za trudne do określenia. Krew Sacher-Masocha była jego zdaniem mięszaną i złożoną z pierwiastków hiszpańskiego, niemieckiego, a nadewszystko słowiańskiego. Porzućmy fantastyczne wywody Schlichtegrolla, a zwróćmy się do autentycznych danych.

Wurzbach [4]) podaje, że rodzina ojca tj. rodzina Sacherów wywodzi się z Hiszpanii, zaś rodzina matki, z domu Masoch była słowiańską. W przeciwstawieniu do Schlichtegrolla, wywodzącego rodzinę Sacherów od hiszpańskiego szlachcica Don Macieja Sachera, który za czasów Karola V, jako ranny miał się osiedlić w Czechach i tu czeszkę pojąć za żonę, odnosi Wurzbach datę uzyskania szlachectwa przez rodzinę Sacherów do czasów o wiele późniejszych, bo do r. 1729. Dyplomem bowiem z 8. czerwca 1723 nadano Janowi Jerzemu, Franciszkowi Józefowi i Ignacemu Fortunatowi, trzem braciom Sacherom godność stanu rycerskiego z przydomkiem Cronthal, a to za zasługi ich ojca Tomasza, oddane państwu przy dostawach dla wojska w czasie wojen zwłaszcza tureckich. Dziad ojczysty naszego autora, Jan, przybył do Galicyi jako urzędnik salin, a z biegiem czasu doszedł do godności c. k. radcy gubernialnego we Lwowie. Zmarł on w r. 1836 w czasie, gdy syn jego Leopold, ojciec naszego autora, osiągnął już był ważne stanowisko dyrektora policyi we Lwowie. Jakim człowiekiem co do charakteru i co do zdolności był dziad autora Jan, trudno coś powiedzieć, i niewiadomo, czyby go był Franciszek Kratter [5]) zaliczył do tych »niewielu pilnych, zdolnych i uczciwych urzędników, jakich poznał we Lwowie, do tych, którzy zasłużyli na mniemanie, że służyli państwu uczciwie«. Syn jego, dyrektor lwowskiej policyi, jest nam już lepiej znany. Pepłowski [6]) pisze: »nad spokojem i legalnym porządkiem w stolicy (Lwowie) czuwał jednooki Sacher-Masoch, dyrektor policyi«, zarazem archeolog, numizmatyk, protektor muzyki i autor bezimiennie wydanej książki p. t. »Polnische Revolutionen. Erinnerungen aus Galizien. Prag 1863«. Wartość dzieła tego, dzięki porównaniu go z dziełem Maurycego barona Sala (»Geschichte des polnischen Aufstandes im J. 1846«), tajnego radcy i szefa sekcyi w ministerstwie stanu, zarazem także naocznego świadka wypadków z r. 1846 i innymi autentycznymi dokumentami tak określa Pepłowski: »W pracy tej, której fantastyczność, niezwykły zaiste objaw u emerytowanego policyanta, budzić musi komiczne wrażenie u każdego, choćby pobieżnie z przeszłością Galicyi obznajomionego... Aureolą lojalności otoczył on Jakóba Szelę!« Szczegół ten o wartości dzieła ojca naszego autora o tyle ważny, o ile już sam przez się tłómaczy tem większą fantastyczność w przedstawianiu faktów przez syna w jego powieściach, osnutych na wypadkach z roku 1846. Tak bezimiennie wydane dzieło powyższe, jak i działalność Leopolda Sacher-Masocha, jako dyrektora policyi, składają wymowne świadectwo, iż nie był on nam bynajmniej życzliwym, a jeśli żywił jakąkolwiek życzliwość dla Słowian, to chyba wyłącznie dla Rusi, podobnie jak później jego syn, autor powieści. Tej życzliwości dla Rusi dowodziłaby także pewna wzajemność, objawiająca się n. p. w przypisaniu mu przez Dyonizego Zubrzyckiego, Rusina, dzieła, wydanego drukiem stauropigiańskim [7]). (C. d. n.)

[1]) Sexuale Neuropathie. Leipzig 1895. Str. 111.
[2]) Sadismus u. Masochismus. Wiesbaden 1902. Str. 44.
[3]) Sacher-Masoch u. der Masochismus. Litterarhistorische u. kulturhistorische Studien. Dresden 1901.
[4]) Biographisches Lexikon. Wien 1874. T. 28.
[5]) Briefe über den jetzigen Zustand von Galizien. Leipzig 1786.
[6]) Z przeszłości Galicyi. Lwów 1895.
[7]) Kronika miasta Lwowa. Lwów 1844.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIX posiedzenie naukowe z dnia 23 listopada 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych 69 członków. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. prof. Gluziński, przypominając chorego, którego przedstawiał w Towarzystwie dnia 19. października b. r. z rozpoznaniem **tętniaka zstępującej części tętnicy głównej** (guz tętniący pomiędzy kręgosłupem, a lewą łopatką), okazuje preparat anatomiczno-patologiczny z tego przypadku, a mianowicie olbrzymiej wielkości tętniak, usadowiony zgodnie z rozpoznaniem tuż poniżej łuku tętnicy głównej na jej części zstępującej, wypuklający się ku tyłowi i wywołujący ubytek w 2 żebrach. Ponieważ ubytku tego nie udało się za życia stwierdzić zapomocą promieni Roentgena, a przytem stwierdzono u chorego znieczulenia w zakresie kończyn dolnych, uwzględniano, choć z mniejszem prawdopodobieństwem, możliwość istnienia unaczynionego nowotworu (po wyłączeniu innych spraw, jak zimny ropień i t. d.).

W dyskusyi przytacza kol. prof. Wiczkowski przypadek ze swego oddziału, w którym prócz stłumienia nad śródpiersiem stwierdzono obecność płynu surowiczego po obu stronach klatki piersiowej, powiększenie gruczołów i zupełne wyniszczenie, tak, że rozpoznano sprawę nowotworową śródpiersia z przerzutami na opłucnej, gdy tymczasem sekcya wykazała tętniak zstępującej części tętnicy głównej. Jestto zdaniem mowcy jeden z licznych dowodów, na jakie trudności napotyka w podobnych razach rozpoznanie. Kol. Obtułowicz przypomina sobie przypadek, w którym ś. p. kol. Widmann rozpoznał tętniaka zstępującej części tętnicy głównej, zakończony śmiercią wskutek przebicia do przełyku i powolnego skrwawienia.

II. Kol. R. dw. prof. Rydygier przedstawia chorego, dotkniętego **cierpieniem stawu kolanowego lewego** wskutek **jamistości rdzenia** (*syringomyelia*). Przypomina badania, rozpoczęte swego czasu przez kol. A. Gabryszewskiego dla wyjaśnienia ostatecznej przyczyny zmian w stawach, właściwych tej chorobie (chemiczne zmiany w tkance kostnej?). Zapomocą pro-

mieni Roentgena można w przedstawionym przypadku widzieć luźne części kostne w obrębie schorzałego stawu. Chirurgiczne leczenie takich cierpień należy, zdaniem prelegenta, do zadań bardzo niewdzięcznych. Mowca stwierdza na podstawie własnego doświadczenia, że resekcyą niewiele tu można zdziałać, tak, że powinno się ograniczać do założenia na chorą kończynę odpowiedniego przyrządu.

W dyskusyi przytacza kol. Stauber własne spostrzeżenie, w którem podobne zniekształcenie stawu kolanowego powstało na tle kiłowem, zastosowanie jednak jodu, jakoteż przetworów rtęciowych nie przyniosło dodatniego wyniku. Kol. Skałkowski widział podobną do przedstawionej zmianę chorobową w kolanie u robotnika, który kilka lat przedtem doznał urazu w to kolano, co mogłoby wskazywać na pewien związek tej sprawy z urazem. Cierpienie jest obecnie tak daleko posunięte, że chory ten, z powodu zupełnego rozsunięcia bocznych więzadeł stawowych, bez przyrządu ustalającego nie może się utrzymać w postawie stojącej. Kol. prof. Gluziński zwraca uwagę na konieczność odróżniania kiłowych cierpień stawu od tych, które zdarzają się z jednej strony we wiądzie rdzenia (*tabes dorsalis*), z drugiej w jamistości rdzenia (*syringomyelia*). Co do siedziby, to, jak wiadomo, zmiany stawowe dotykają we wiądzie najczęściej staw skokowy, w jamistości zaś rdzenia stawy kończyn górnych (bark). Nawiązując do spostrzeżenia kol. prof. Rydygiera i kol. Skałkowskiego, które zdawałyby się wskazywać na związek urazu z późniejszemi zmianami, sądzi mowca, że taki uraz mógłby w danym razie mieć znaczenie raczej u osobnika, już poprzednio dotkniętego chorobą układu nerwowego, czy to jamistością rdzenia, czy wiądem, (jak to było u pewnego chorego na wiąd, który nadwerężywszy staw skokowy w czasie tańca, uległ potem cierpieniu tego stawu z obrazem *arthropathiae tabetic*.

III. Kol. Nowicki okazuje preparat z **pękniętego tętniaka tętnicy głównej brzusznej.** Zmarły, mężczyzna 54-letni, woźny Wydz. kraj., leżał przed trzema laty w klinice lekarskiej z rozpoznaniem tętniaka brzusznej części tętnicy głównej. Po wyjściu z kliniki wykonywać miał bez przeszkody swe czynności, tak, że dopiero w zeszłym tygodniu, doznał nagłego i gwałtownego bolu w okolicy lewej nerki, w czasie którego miał zemdleć, poczem przeniesiono go do szpitala powsz., na oddział kol. Opolskiego. Tu stwierdzono znaczne wysklepienie brzucha, zwłaszcza po stronie lewej, dające przy obmacywaniu uczucie elastycznego oporu, nadto zupełne zaparcie stolca i niemożność oddawania moczu, przy bolach w całej jamie brzusznej, rozpromieniających się ku kończynom dolnym i cewce moczowej. Wśród wzrastających objawów zajęcia otrzewnej chory zmarł po 3 dniach. Sekcya stwierdziła olbrzymiej wielkości skrzep, wypełniający lewą połowę jamy brzusznej od przepony aż do miednicy małej, tętnicę główną rozszerzoną w całości aż do miejsca rozdziału i dotkniętą sprawą miażdżycową, w części jej brzusznej wypuklenie wielkości 2 pięści z pęknięciem od góry. *Aneurysma arteriosclerolicum spontaneum.* Pęknięcie nastąpiło prawdopodobnie wówczas, kiedy chory doznał owego nagłego bolu, musiało jednak zrazu być niewielkie, tak, że krwotok (do tkanki zaotrzewnej) mógł się nawet do pewnego stopnia sam przez się tamować uciskiem, jaki wywoływał. Stąd zrozumiałem jest, dlaczego chory mógł jeszcze dni parę pozostać przy życiu.

Dyskusya: Kol. prof. Ziembicki przypomina sobie tego chorego, gdyż miał on być z rozpoznaniem niedrożności jelit, względnie roponercza (wielki guz chełboczący), — przeniesiony na jego oddział dla przedsięwzięcia dalszego badania, ewentualnie zabiegu chirurgicznego. Rozpoznanie kliniczne z przed paru lat nie było znanem. Mowca podnosi, że w chwili badania chory nie wyglądał, jak człowiek, którego uszła krew, że stan sił i tętno były dobre, że więc w podobnym przypadku możnaby, nie znając historyi choroby, przystąpić do laparotomii. Kol. prof. Gluziński uważa przedstawiony przypadek za pouczający z pewnych względów. Jest przedewszystkiem zrozumiałem, że w chwili pęknięcia rozpoznania uczynić niepodobna. Przypadek ten jest dalej jednym z dowodów, że pęknięcie tętnicy brzusznej głównej nie musi wywołać nagłej śmierci. Przeciwnie, znaną jest rzeczą, że chorzy, u których pęka ta tętnica, nie giną nagle. Należy bowiem do rzadkości, ażeby tętniak taki wylał się gdzieindziej, jak do tkanki zaotrzewnej. Co do objawów, to przypadek niniejszy wzbogaca doświadczenie, pouczające, że nagłe pęknięcie tętnicy brzusznej może dawać objawy ostrego zapalenia otrzewnej, co wyraził mowca w swym podręczniku chorób serca (w dziele, wydanem przez Jaworskiego). Zdaje się więc, że w istocie objawy podobne, jak przy nagłej niedrożności jelit lub ich pęknięciu, należą w tych razach do stałego obrazu klinicznego. Co do przyczyny powstawania tych tętniaków, — jest nią w pierwszym rzędzie kiła. Zmarły, który, jak powiedziano, leżał przed 3 laty w klinice lekarskiej, podał też wówczas w wywiadach, że w 25. r. ż. przebył leczenie przeciwkiłowe z powodu wrzodu wenerycznego. Od tego czasu przez przeciąg 29 lat miał być zdrów zupełnie, poczem zaczął cierpieć na bole w okolicy lędźwiowej po obu stronach, tak, że lekarz, u którego szukał porady, sądził, że ma do czynienia z kamicą nerkową. Mowca zwraca uwagę na łatwość takiej pomyłki. Z czasem stwierdzono u chorego guz tętniący, który też w czasie pobytu jego w klinice (w lecie r. 1904) dawał się bez trudności wymacać pod lewym łukiem żebrowym. Guz, wielkości jaja kurzego, tętnił wybitnie we wszystkich kierunkach. Ze względu na wywiady zastosowano wcierania rtęciowe; chory jednak po krótkim pobycie klinikę musiał opuścić, gdyż rozpoczynały się ferye letnie, wyszedł więc z poleceniem poddania się dalszemu leczeniu, i odtąd nie zgłosił się więcej. — Jak rzadkie są tętniaki tego rodzaju, dowodzi m. i. statystyka, którą mowca zestawił w swym podręczniku, na podstawie materyału sekcyjnego w tutejszym zakładzie anatomii patologicznej, w latach 1897—1902, a mianowicie: w czasie tym, w ogólnej liczbie przypadków sekcyjnych 6029, znaleziono tętniaków 22, z czego 10 usadowionych było w części wstępującej tętnicy głównej, 10 w jej łuku, 2 w części zstępującej, a tylko je len w zakresie tętnicy głównej brzusznej. Niniejszy przypadek jest drugim tego rodzaju. W klinice lekarskiej spostrzegano od roku jej założenia (1897) tylko dwa przypadki, wliczając ten, o którym mowa. W obu razach wywiady stwierdzały przebytą kiłę. Ze statystyk okazuje się, że istnieją dwa głównie miejsca, w których te tętniaki usadawiają się z upodobaniem, a to: powyżej tętnicy trzewnej (*truncus coeliacus*) (trudne do rozpoznania wskutek tego, że w tych przypadkach przykrywa je wątroba) i poniżej tętnicy krezkowej. Doświadczenie poucza wreszcie, że szerzą się one i pękają przeważnie ku stronie lewej.

IV. Kol. Nowicki okazał preparat anatomiczno-patologiczny: **dwa tętniaki, wychodzące z tętnicy głównej piersiowej.**

V. Kol. Rencki przedstawia dwa przypadki **policytemii** (z kliniki prof. Gluzińskiego). I. S. L. l. 46, m. Obok ciemnoczerwonego ubarwienia skóry i błon śluzowych, powiększenia śledziony istnieją objawy erytromelalgii. W krwi stwierdzono zwiększenie ilości krwinek czerwonych do 7,675.000, jakoteż objawy podrażnienia szpiku kostnego. II. T. F. l. 45, m. Jakkolwiek ten przypadek różni się od poprzedniego brakiem tak charakterystycznego zabarwienia skóry, i nieco tylko zwiększoną ilością ciałek czerwonych, to przecież ze względu na obraz drobnowidowy krwi należy do tej samej grupy. R. podnosi obecność komórek plazmowych w krwi. W narządzie oddechowym stwierdzono zmiany gruźlicze. Śledziona bardzo znacznie powiększona, nieruchoma, o powierzchni nierównej, guzowatej. R. przypuszcza w tym przypadku gruźlicę śledziony.

Dyskusya: Kol. Biernacki sądzi, że przypadki tak przedstawione przez kol. Renckiego, jak podawane w piśmiennictwie, jako nowa jednostka chorobowa pod nazwą: »*polycythaemia cum splenomegalia* etc.« — nie stanowią bezwarunkowo nic nowego. Polycytemia, a więc zwiększenie liczby ciałek czerwonych w jednym milimetrze sześciennym, jest, jak wiadomo, objawem, częstym w patologii. Najdawniej znanym on był w cholerze. Później przekonano się, że istnieje w cukrzycy, przy zatruciu tlenkiem węgla, zatruciu fosforem; że występuje stale w niewyrównaniach krążenia, (powstających tak wskutek wad zastawkowych, jak rozedmy płuc i t. p.); że nawet w wadach wyrównanych daje się stwierdzić; że przed 6—8 laty znalazł go mowca wraz z Luxemburgiem w nerwicach; że wreszcie zdarza się częstokroć u suchotników, choćby blado wyglądających. Znalezienie go w ostatnich czasach u ludzi sinych z dużą śledzioną, nie uprawnia bynajmniej do uważania go za odrębną chorobę. Przypadki te uważałby mowca za białaczkę wrzekomą (*pseudoleukaemia*), od której, zdaniem jego, ani klinicznie, ani anatomicznie się nie różnią, a jeżeli obraz krwi miałby tu być na pozór czemś nowem, to jedynie dlatego, że wogóle dawniej w przypadkach tych niedość zajmowano się dokładnem zbadaniem stanu krwi. Wartość wreszcie tego objawu, jakim jest »wzmożenie« ilości ciałek krwi, jest zdaniem mowcy rzeczą względną, gdyż wzmożenie jej w 1 mm.^{3} nie oznacza wzmożenia w całem łożu krwi. Jeżeli n. p. w cholerze znajdujemy wzmożoną ilość ciałek czerwonych w 1 mm.^{3}, to nikt nie pomyśli, ażeby to miał być wynik »nowotworzenia«. Podobnie, jeśli

u człowieka, wznoszącego się balonem, znajdujemy wzmożoną ilość ciałek czerwonych, nie będzie to wynikiem nowotworzenia, ale innego rozprowadzenia krwi w ustroju. Jak wielkie znaczenie mogą tu mieć wpływy naczynioruchowe, nawet przelotne, wykazuje m. i. kol. Hołobut w swej pracy. Wystarczy wstrzyknięcie adrenaliny, aby wywołać poliglobulię, bez jakiegokolwiek »nowotworzenia«. Brak nam zaś metody tak do śledzenia mechanizmu tej sprawy, jak przekonania się, kiedy jest tylko rzekome, a kiedy istotne pomnożenie ilości ciałek krwi w całym ustroju. Stąd też jest, zdaniem mowcy, zupełnie fałszywem wysnuwanie wniosków leczniczych tego rodzaju, jak upuszczanie krwi choremu, który rzekomo ma jej za dużo, gdy przeciwnie, może jej mieć w swym ustroju za mało.

Kol. prof. Gluziński zaznacza przedewszystkiem, że co się tyczy istoty cierpienia, o którem mowa, to była ona obszernie omawianą przy sposobności pierwszego wystąpienia kol. Renckiego z tą sprawą w Tow. Lek. i zwraca uwagę kol. Biernackiego, że nie chodzi tu o samo tylko pomnożenie ilości ciałek czerwonych w 1 mm.^{3}, ale o rzecz daleko ważniejszą, bo o warunki, które ten objaw wywołały. A mianowicie znajdujemy dowody, że w cierpieniu omawianem istnieje podrażnienie szpiku kostnego, i to zarówno substancyi erytroblastycznej, jak i leukoblastycznej (ciałka czerwone jądrzaste, leukocytoza neutrofilna i t. d.). Stąd nadano temu cierpieniu nazwę »*polycythaemia myelopathica*«. Należy zrozumieć, że zwiększenie ilości czerwonych ciałek, jest tu uważane za objaw, a nie za chorobę, i nie należy jej mieszać ze wzmożeniem ilości w stanach, o których wspomina kol. Biernacki, co jest zresztą rzeczą ogólnie znaną. Inna rzecz, że omawianego cierpienia nie uważa mowca za chorobę *per se*, i że spodziewa się stan ten znaleźć pod wpływem rozmaitych, różniących się między sobą czynników chorobowych, na dowód czego przedstawiał w tem Towarzystwie chorego z marskością wątroby, gdzie również istniały objawy podrażnienia szpiku kostnego. Mowca twierdził już wówczas, że ani sinica, ani powiększenie śledziony, nie jest dla tego cierpienia cechującem, a jedynie stan krwi i to w nim objawy zadrażnienia narządów krwiotwórczych. Nawet więc wzmożona ilość ciałek czerwonych nie może być objawem stałym, gdyż mogą być okresy, w których wskutek pewnych wpływów ilość ta spada znacznie, jak w przypadku, ogłoszonym z kliniki lekarskiej przez kol. Schneidra, w którym ilość ciałek czerwonych z 7 milionów spadała w miarę rozwijającej się gruźlicy, tak, że zamiast poliglobulii z biegiem czasu wystąpiła nawet oligocytemia, objawy jednak podrażnienia szpiku kostnego rosły coraz bardziej.

Kol. Rencki wyjaśnia, że nie miał zamiaru szczegółowego omawiania policytemii, ani okoliczności, wśród których znajdowano we krwi wzmożoną ilość ciałek czerwonych, uczynił to bowiem szczegółowo na posiedzeniu Tow. lek. w czerwcu b. r. i ogłosił drukiem w »Tygodniku lek.«. Do przedstawionych poprzednio trzech dołącza tylko obecnie dwa nowe przypadki, które pomimo, że na pierwszy rzut oka różnią się od siebie, powinny być zaliczone do grupy policytemii pochodzenia szpikowego (*polycythaemia myelopathica*). Przemawiają za tem ściślejsze badania krwi, które stwierdziły obecność podrażnienia szpiku kostnego (ciałka cz. jądrzaste, myel. neutrofilne, zwiększenie ilości komórek eozynochłonnych i tucznych). Wyróżnienie tej nowej grupy chorobowej nie jest więc wynikiem kierunku wyszukiwania nowych postaci chorobowych, ale koniecznem następstwem szczegółowego badania i rozwoju badań histologicznych krwi w kilku ostatnich latach. Dzisiaj już wszyscy autorowie wyróżniają tę postać policytemii, a w ostatnich czasach autorowie angielscy i niedawno temu Senator, zajmując się nią szczegółowo, mówią wprost o niej, jako o odrębnej jednostce chorobowej. Przemawiają za tem opisane w nowszem piśmiennictwie hematologicznem spostrzeżenia anatomiczne, które stwierdziły obecność szpiku czerwonego w kościach długich, przemianę myeloidową śledziony, — okoliczności, niestwierdzone dotąd przy zwiększeniu ilości ciałek czerwonych w stanach, o których wspomina kol. Biernacki. Badania anatomiczne stwierdziły nadto w niektórych przypadkach obecność rzeczywistej krwistości (*plethora vera*), którą szczegółowo opisują Hutchinson, Hirschfeld i i. Że podobne do przedstawionych przez mowcę przypadki mogły dawniej ujść rozpoznaniu, i że wliczano je niesłusznie do białaczki rzekomej, to zdaniem mowcy wina niedokładnych badań ówczesnych, które ograniczały się tylko do obliczania liczby ciałek czerwonych, a nie uwzględniały należycie badań histologicznych krwi.

Kol. Biernacki nie przeczy możliwości istnienia w tych razach bezwzględnie zwiększonej liczby ciałek krwi, co się jednak tyczy objawów podrażnienia szpiku, to, zdaniem jego znajduje się je w różnych innych stanach, nawet przy wzniesieniu się w górne warstwy powietrza, jak i w zatruciu tlenkiem węgla (ciałka czerwone jądrzaste).

Kol. Stauber zapytuje prelegenta, czy w przypadkach przedstawionych obok innych sposobów leczniczych, próbowano naświetlania promieniami Roentgena, na co odpowiada kol. Rencki, że leczenie to stosował w dawniejszych przypadkach, nie dało ono wszakże żadnych pomyślnych wyników.

Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Auspicya r. 1907. Pod tym tytułem ogłasza prezydent »Państwowego Związku organizacyi lekarskich austr.«, dr Janeczek, obszerne uwagi, których treść jest następująca:

W jesieni r. 1903 zawiązała się »Organizacya lekarzy dolnoaustryackich«, pierwsza tego rodzaju w Austryi. Pożytku i potrzeby takiej organizacyi dowodzi najlepiej to, że od owego czasu powstało 18 organizacyi na wzór dolnoaustryackiej, w końcu nawet w Wiedniu, gdzie trudności były bardzo wielkie. Choć późno, zrozumieli jednak lekarze, że w sprawach zawodowych uzyskać można coś tylko zbiorowem działaniem wszystkich lekarzy, pozostawiając na boku różnice polityczne, wyznaniowe itd. Zjednoczenie tych organizacyi w »Związku państwowym« w r. 1906 było naturalnym i koniecznym skutkiem. Zadaniem tego Związku jest walka w dwóch kierunkach. Przedewszystkiem o poprawę bytu materyalnego stanu lekarskiego. Wytrwała walka lekarzy dolnoaustryackich i niezłomna ich solidarność, dowodzą, że byt lekarzy jest istotnie jaknajgorszy, boć inaczej nie zdobyliby się lekarze w walce o jego poprawę ani na taką solidarność, ani na taką wytrwałość. Zwycięstwo, które lekarze dolnoaustr. w końcu napewno odniosą, będzie początkiem zwycięstw w tych krajach koronnych, gdzie lekarze naprózno dotąd domagają się zabezpieczenia swych wdów i sierot, ubezpieczenia na starość i nowoczesnym wymaganiom odpowiadającej ustawy sanitarnej. Zwycięstwa te będą oczywiście łatwiejsze, niż to pierwsze, o które za siebie i za wszystkich lekarzy austryackich walczą lekarze w Austryi Dolnej. — Drugiem zadaniem »Związku« jest podniesienie społecznoetycznego stanowiska stanu lekarskiego. Poważanie dla swego zawodu i stanowiska zyskuje w społeczeństwie każdy prawnik, każdy przyrodnik, humanista i t. d., skoro tylko ukończywszy studya, spełnia samodzielnie w swoim zakresie społeczne obowiązki swego zawodu. Takiego stanowiska w społeczeństwie nie ma jednak lekarz nietylko, rozpoczynając samodzielną działalność, ale nawet po wieloletniej dla społeczeństwa pracy; przeciwnie, stan lekarski nieraz jest lekceważony przez tych właśnie, którzy tylko lekarzom zawdzięczają swe zdrowie, albo nawet życie. »Związek« powinien więc wywalczyć lekarzom w społeczeństwie takie stanowisko, jakie mają inne zawody, oparte na studyach uniwersyteckich. Zadanie Związku utrudnia wprawdzie opozycya nietylko zewnętrzna, ale i w szeregach samychże lekarzy. Jednakże »Związek« opozycyą tą się nie zraża; przeciwnie, uważa, że opozycya jest czynnikiem pożądanym, gdyż zmuszając do baczności, chroni od popadania w błędy. Takim błędem byłoby usiłowanie ściślejszego połączenia »Związku« austryackiego z niemieckim »Związkiem lipskim« już obecnie, gdy organizacye austryackie jeszcze nie są tak ściste i potężne, jak niemieckie, i gdy dążenie do takiego połączenia wyglądaćby mogło nie na układ równych z równymi, ale na żebraninę słabszych u mocniejszego. Takim błędem byłoby także pozostawienie poszczególnych organizacyi krajowych samym sobie i odłożenie lub zaniechanie połączenia ich w »Związek państwowy«; przyjdzie bowiem czas, gdy lekarze wystąpią z żądaniami wobec rządu centralnego, a wtedy tylko silny ogólnopaństwowy Związek będzie mógł wywrzeć na rząd odpowiedni nacisk. Tę siłę »Związkowi« nadać przez ścisłą organizacyę powinna gorliwa praca w roku 1907; z końcem roku 1907 powinni już zorganizowani lekarze tworzyć wpływowy czynnik w państwie austryackiem.

Austryacka ustawa o zabezpieczeniu urzędników prywatnych uzyskała sankcyę. Ustawa ta, mająca wejść w życie dopiero 1 stycznia 1909, obchodzi także i lekarzy, zajmujących rozmaite posady prywatne, a także takie posady gminne

i krajowe, które dotychczas nie dawały prawa do emerytury. Według tej ustawy prawo do emerytury oraz pensyi wdowich daje dopiero 10-letnia nieprzerwana służba; przed upływem lat 10 daje niezdolność do pracy prawo do jednorazowej odprawy. Po upływie lat 10 rentę dla niezdolnych do pracy podzielono na 6 grup: I. (poprzednia płaca 600—900 K.) 180 K. rocznie; II. (do 1200 K.) 270 K.; III. (do 1800 K.) 360 K.; IV. (do 2400 K.) 540 K.; V. (do 3000 K.) 720 K.; VI. (ponad 3000 K.) 900 K. Przy obliczaniu wlicza się dodatki aktywalne i kwaterunkowe do płacy. Renta rośnie z każdym rokiem ubezpieczenia, zależnie od grupy, o 9—45 K. rocznie; po 40 latach ubezpieczenia otrzymuje każdy, choćby był jeszcze do pracy zdolny, pełną rentę dożywotnią, opartą na tem samem obliczeniu (więc np. w I. grupie 460 K., w V. 1800 K. rocznie). Renta wdowia wynosi połowę renty, którąby przypadała mężowi; renta sierót po śmierci ojca $^1/_3$, po śmierci obojga rodziców $^2/_3$ renty podstawowej. Premie opłacane w $^1/_3$ przez ubezpieczonych, a w $^2/_3$ przez pracodawców, wynoszą miesięcznie w I. grupie 6 K., w II. 9, w III. 12, w IV. 18, w V. 24, w VI. 30. Ubezpieczeniu podlegają wszystkie osoby od 18 do 55 r. ż., pozostające w służbie za wynagrodzeniem miesięcznem lub rocznem, wynoszącem przynajmniej 600 K. rocznie; od ubezpieczenia państwowego wolni są tylko ci, którzy już mają zapewnioną emeryturę, nie mniejszą od państwowej. Zarząd główny państwowych ubezpieczeń znajdować się będzie w Wiedniu, zarządy filialne w każdym kraju koronnym. *R.*

Projekt ubezpieczenia lekarzy okręgowych i ich rodzin przedłoży Wydział krajowy galicyjski Sejmowi w lutym 1907 r.

O ubezpieczeniu lekarzy, kasach przezorności i t. d. zdawać będzie na styczniowem zebraniu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« w Warszawie dr Józef Zawadzki, który celem zebrania materyału prosi niniejszem wszystkich kolegów o nadesłanie mu w ciągu 2 tygodni (Warszawa, Szkolna 8) bezimiennych danych co do następujących pytań: 1) Wiek lekarza; 2) czy ubezpieczony na życie, w którym roku życia, na jaką sumę i za jaką roczną opłatą; 3) czy należy do Kasy oszczędności i jakiej, od jakiego czasu i za jaką roczną opłatą; 4) tosamo co do kasy pogrzebowej; 5) ogólny dochód roczny; 6) ile mógłby rocznie płacić do kasy przezorności. *R.*

„Ekonomiczna organizacya lekarzy wiedeńskich“ zawiązała się 19/XII 1906, uchwalając odrazu przystąpić do »Państwowego związku organizacyi lek. austr.«. Prezesem wybrano dra L. Skorschebana.

Dolno-austryaccy lekarze gminni z okręgów Melk, Mank i Ybbs uchwalili 15/XII 1906 stosownie do swego dawniejszego postanowienia prosić prezydyum organizacyi, aby wypowiedziała wszystkie posady gminne z d. 1 stycznia 1907.

Izba lekarska dolno-austryacka zażądała od ministerstwa spraw wewn., aby nakazało lekarzom rządowym (jak wiadomo, niepodlegającym Izbom), by w praktyce prywatnej przestrzegali wydanych przez Izbę przepisów i aby zakazało im przyjmować posady lekarzy kolejowych, szpitalnych, kas chorych itd. Z 23 rządowych lekarzy powiatowych w Austryi dolnej zajmuje 13 takie posady, przyjmując je nieraz na warunkach gorszych, niż Izba zezwala lekarzom, sobie podwładnym, i w ten sposób współzawodnicząc z innymi lekarzami w sposób niewłaściwy. Jeden np. z lekarzy rządowych przez czas jakiś był lekarzem kolejowym za... prawo wolnej jazdy. *R.*

Przeciw kasie majsterskiej, utworzonej w Nowym Sączu, wystąpili tamtejsi lekarze, ogłaszając w miejscowem piśmie »Rozwój«, że posady w tej kasie nie przyjmą, a lekarza, któryby ją przyjął, zbojkotują. Redakcya »Rozwoju« i korespondent »Słowa polskiego« (Nr 589) są »rozczarowani« tem wystąpieniem lekarzy, jakoby utrudniającem »dążenia do wytworzenia u nas silnego, zamożnego i uświadomionego stanu średniego«! *R.*

Warszawski komitet pomocy koleżeńskiej dla rodzin lekarzy, powołanych na wojnę rosyjsko-japońską, ogłosił obszerne sprawozdanie ze swych czynności (*Gaz. lek.* 50, 1906). Zasługa utworzenia komitetu przypada dr Kazimierzowi Rzętkowskiemu, który też przez cały czas działalności komitetu (25 miesięcy) był jego sekretarzem. Przez ten czas udzielono pomocy w formie bezterminowych i bezprocentowych pożyczek 30 rodzinom lekarzy (20 z Warszawy, 10 z prowincyi). Zapomogi wahały się od 40 do 70 rb. miesięcznie, udzielane były średnio przez 8,4 miesięcy. W składkach uczestniczyło 422 lekarzy warszawskich; lekarze poznańscy nadesłali za pośrednictwem dr Fr. Chłapowskiego przeszło 300 rbl.; »koledzy galicyjscy nie przyjęli w akcyi żadnego żywszego udziału«. Wogóle zebrano 13,595 rbl., wydano na zapomogi 11,942 rbl. Pozostałość, oraz napływające zwroty zapomóg przelane będą do Kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach. — Oprócz komitetu warszawskiego i niezależnie od niego działały komitety pomocy koleżeńskiej w Łodzi, Częstochowie, a w mniejszym zakresie w Kaliszu i w Radomiu. *R.*

Felczerzy w Królestwie nie przestają krzątać się około obrony szkoły felczerskiej warszawskiej, którą lekarze radzą zupełnie zwinąć. W »Przeglądzie felczerskim« (Nr 24) zabrał w tej sprawie głos, tym razem spokojnie i poważnie, p. Heller z Łodzi, zalecając zwrócić się wprost do ministeryum spraw wewn. o poparcie, a przedewszystkiem o powołanie do komisyi, mającej zreformować szkołę warszawską, także samychże felczerów. W Łodzi powstał »Związek felczerów«, pierwszy w Polsce; prezesem jego jest W. Maciejewski, wiceprezesem H. Suszkiewicz, sekretarzem Kinast. »Związek« liczy 32 członków. Dyskusya w sprawie felczerów przeniosła się do pracy politycznej; za utrzymaniem instytucyi felczerów i szkoły felczerskiej oświadcza się np. »Dziennik powszechny« (Nr 323). *R.*

Serwilizm lekarzy wobec chorych omawia dr Langie w zajmującym szkicu w »Głosie lekarzy« (Nr 23), kładąc nacisk oczywiście na te głównie przypadki, gdzie nadmierna usłużność lekarza wcale nie jest konieczna, ani dobrem chorych wskazana. Jako przykłady wymienia L.: ordynowanie w godzinach niezwykłych jedynie dla zadowolenia kaprysów chorego, stratę czasu bez osobnego wynagrodzenia, gdy chory (np. obywatel na wsi), zajęty czem innem, zmusza lekarza czekać na siebie, przyjmowanie wynagrodzenia w sekrecie, jakby napiwku, nieupominanie się o zaległe wynagrodzenie, leczenie służby takich chorych, którzy sami leczą się u innych. »lepszych« lekarzy, bezpłatne leczenie ubogich chorych na żądanie osób wpływowych, ustępstwa drobniejsze w ordynacyi leków, formułowaniu świadectw lekarskich i t. d., rozmowa z chorymi w języku obcym, choć oni władają jako tako polskim i t. d. Dr Langie nie porusza środków zaradczych na te, powagę stanu lekarskiego nieraz niemało obniżające ustępstwa. Na niektóre z nich trudno też znaleźć radę, dopóki nauczycielką lekarzy jest gorzka walka o chleb, zaostrzona nieraz niezbyt szlachetnem współzawodnictwem. Ale na inne możeby pomogło podniesienie się wśród lekarzy poczucia godności zawodowej. W tym kierunku mają do działania pole ci, którzy wychowują młodzież lekarską, wszelakie organizacye zawodowe, towarzystwa lekarskie i prasa lekarska. Samo już publiczne omawianie takich n. p. nadmiernych, a niepotrzebnych ustępstw nie jest bez korzyści i może zwolna stać się jednem ze źródeł naprawy. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23. do 29. grudnia 1906 doniesiono o 19 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie pow. Horodenka (Dąbki 1, Horodenka 9, Jasienów polny 5), Lisko (Radziejowa 1), Podhajce (Podhajce 2), Rawa (Potylicz 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 16 a 22/XII 1906 urodziło się dzieci żywo 47, nieżywo 4; zmarło osób 45 (obcych 14), z tego z gruźlicy 10 (2), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 1 (1), krztuśca 1, odry 1, cholery niemowląt 1, zakażenia przyrannego 3 (1), śmiercią gwałtowną 1 (1). — Między 23 a 29/XII 1906 urodziło się dzieci żywo 60, nieżywo 3; zmarło osób 44 (obcych 15), z tego z gruźlicy 15 (5), zapalenia płuc 3 (1), błonicy 2 (2), płonicy 1, duru osutkowego 2 (2), innych chorób zakaźnych 1 (1), śmiercią gwałtowną 2.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył 21/XII. 1906 posiedzenie, na którem delegat Izby na konferencyę w sprawie emerytur lekarzy okręgowych zdał sprawę z obrad, odbytych we Lwowie wspólnie z delegatami Izby wschodnio-galicyjskiej i komitetu lekarzy okręgowych. Następnie załatwiono taryfę za czynności lekarskie, proponowaną przez Sekcyę Jarosławską Towarzystwa lekarzy galicyjskich ze zmianą jednego ustępu. Powzięto uchwały w kilku sprawach bieżących i przyznano zapomogi: jednemu lekarzowi, 4 wdowom po lekarzach i sierotom po zmarłym niedawno koledze w łącznej kwocie 800 koron.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschod.-galicyjskiej odbył w dniu 29. grudnia 1906 r. posiedzenie, na którem uchwalono zwołać pełną Izbę na dzień 26 stycznia 1907 o g. 5 wieczorem, zatwierdzono przedłożoną przez Sekcyę Jarosławską Tow. lekarzy gal. taryfę lekarską, poprawioną w myśl poprzednio udzielonych wskazówek Izby, wreszcie przyjęto wypracowany przez dra Mikołajskiego memoryał do Wydziału krajowego w sprawie utworzenia funduszu emerytalnego dla lekarzy okręgowych.

— Zarząd miasta zajął się energicznie poprawą stosunków sanitarnych. Zbadawszy zakłady humanitarne miejskie przez osobną komisyę lekarską, uchwaliła sekcya IV Rady miasta na posiedzeniach w d. 30/XI., 5. i 11/XII. 1906 niezwłoczne rozszerzenie i asanizacyę miejskiego zakładu dla nieuleczalnych, rozszerzenie zakładu dla brata Alberta, zakładu sierót i ochronek, zapewnienie stałej dostatecznej opieki lekarskiej w tych zakładach. W aresztach miejskich ma być zaprowadzoną codzienna wizyta lekarska, odosobnienie podejrzanych o choroby zakaźne, staranne odkażanie; mają też one otrzymać nowy, odpowiedni budynek. Pomoc w nagłych przypadkach będzie sprawniejszą wskutek rozmaitych ułatwień, udzielonych przez miasto Towarzystwu ratunkowemu, zaopatrzenia lekarzy miejskich kosztem gminy w niezbędne przyrządy i t. d. Poruszono też myśl urządzenia filii stacyi ratunkowej, objęcia tych stacyi przez miasto i urządzenia kosztem miasta nocnych dyżurów lekarskich. Wypracowanym będzie projekt organizacyi służby sanitarnej i nowego statutu fizykatu miejskiego. Zbadano też zapomocą niespodziewanych nocnych rewizyi stan sanitarny 114 piekarni, znajdujących się w mieście, a wyniki tych badań opracował fizyk m. dr Legeżyński (»Dziennik lwowski« 1906, Nr 12). Znaczna część piekarni ($^{1}/_{4}$) znajduje się w suterenach; niedostateczne oświetlenie stwierdzono w 24 piekarniach (z tych 17 w suterenach), brak dostatecznej wentylacyi w 60, nieodpowiednią (drewnianą) podłogę w 18, niechlujne utrzymywanie podłogi w 39, naczyń w 32, brak ławek dla wypoczynku robotników w 94, sypianie czeladzi w piekarni w 7, brak izb wypocynkowych dla czeladzi w 84; 8 piekarni należało natychmiast zamknąć. Za wystarczający środek zaradczy uważa dr Legeżyński wprowadzenie w mieście przepisów co do udzielania konsensów na piekarnie, opracowanych przez krajową Radę zdrowia (Ok. Nam. z 6/I. 1894 L. 32,373).

— Doc. dr Gońka mianowany został dyrektorem uniwersyteckiego zakładu dentystycznego.

— Dyplomy doktorów wsz. n. lekarskich otrzymali pp. Eliasz Markon rodem z Łucka w Rosyi i Wilhelm Prokocimer rodem ze Lwowa.

Warszawa. Z powodu (wspomnianego w Nr 50 »Przegl. lek.«) rozporządzenia jenerałgubernatora kaliskiego, które narusza obowiązek tajemnicy lekarskiej, orzekło 19/XII. Tow. lekarskie łódzkie, — jak donoszą dzienniki —, że tajemnica lekarska obowiązuje lekarzy zawsze i wszędzie i uchwałę tę przesłać miało wszystkim Towarzystwom lekarskim w Królestwie.

— Rada uniwersytetu warszawskiego przyznała na wniosek wydziału lekarskiego nagrodę Chojnackiego (900 rb.) dr Stanisławowi Gałeckiemu za pracę popularną p. t. »Wykład o suchotach płucnych«.

Z różnych stron. Lekarze berlińscy uchwalili podnieść honorarya w praktyce prywatnej od 1. stycznia 1907. Uchwała zapadła na posiedzeniu delegatów 34 towarzystw lekarskich, przedstawiających razem 2,647 członków.

— W uniwersytecie Johna Hopkinsa zreformowano za staraniem wybitnego chirurga amerykańskiego, Harveya Cushinga, nauczanie chirurgii operacyjnej, kładąc główny nacisk na operacye na zwierzętach, przez co uczniowie zyskują wprawę w aseptyce i t. d. Tego sposobu nauczania próbował Cushing od lat 5 na małą skalę, a wyniki były tak dobre, że obecnie na ten cel przeznaczono połowę nowo zbudowanego »Hunterian Laboratory of Experimental Medicine«, gdzie z ćwiczeń operacyjnych na zwierzętach może korzystać naraz już 80 uczniów.

— Trybunał cywilny paryski przysądził pewnej matce, zarażonej kiłą od niemowlęcia, 20,000 fr. odszkodowania.

— Na zakład badania raka w Paryżu ofiarował tamtejszy bankier Bischofsheimer milion franków.

— Dyplom doktorski uzyskała w petersburskiej akademii wojskowo-lekarskiej po raz pierwszy kobieta, lekarka pani Wlassow-Horowitzówna.

— Uroczyste posiedzenia dla uczczenia pamięci Pirogowa w Kijowie i Kazaniu nie mogły się odbyć wskutek zakazu policyjnego.

— Najwyższe znane dotąd honoraryum lekarskie (150,000 koron) ofiarował ateński bankier Pesmazoglu temu, kto go wyleczy z białaczki. Prof. Noorden z Wiednia i jeden z profesorów paryskich podobno odrzucili to honoraryum i odmówili przyjazdu, uznając stan za beznadziejny na podstawie sprawozdania lekarzy ateńskich. Mniej skrupułów okazał jednak jeden z lekarzy lyońskich....

Mianowani: prof. Krehl ze Strassburga następcą Erba na katedrze med. wewnętrznej w Heidelbergu, a prof. Moritz z Giessen następcą Krehla w Strassburgu.

Powołani: na katedrę pedyatryi w Heidelbergu (po Vierordtcie) *aequo loco* doc. Feer z Bazylei i prof. Finkelstein z Berlina.

Zmarli: w Monachium chemik prof. Koenigs w 55 r. ż.; we Wrocławiu farmakolog prof. Buchwald w 61 r. ż.; we Florencyi pedyatrya doc. Celoni.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska Nr 50:* Sabatowski: O klinicznej wartości podawania cukru lewozwrotnego dla ocenienia sprawności wątroby. Wretowski (c. d.). Męczkowski, Bełkowski, Kijewski (dok.). — *Postęp okulistyczny 1906 Nr 11:* Rumszewicz: O szklistem zwyrodnieniu spojówki. — *Zdrowie 1906 Z. 12:* Wernic: Zasadnicze postulaty higieny szkolnej. Kozłowski W. R.: Sprawa ogrodów dziecięcych zagranicą w obecnej chwili. Kon: Walka ze śmiertelnością niemowląt w Łodzi.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: 1. Eine neue Darmklemme. »Wiener med. Wochs.« 1906. 2. Üb. widernatürlichen After nach eingeklemmten Brüchen. »Wien. med. Presse« 1906. — Żalplachta: 1. Un caz de psichoza basedowiana sub forma de confuziune mentala. »Spitalul« 1906. 2. Contribution à l'étude anat.-path. de le démence précoce. »Revista stiintelor medicale« 1906. 3. (wspólnie z Parhonem i Shunda): Deux cas d'achondroplasie. »Nouv. Icon. de la Salpetr.« 1905. — Edward Krzyżanowski: Regulamin w sprawie najmu mieszkań w zdrojowisku Truskawcu. »Przegl. higien.« 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie administracyjne Tow. lekarskiego krak. odbędzie się we środę d. 9. stycznia 1907 o godzinie 6 wieczorem w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu za rok 1906.

Zakład wodoleczniczy i sanatoryum Dra. B. Kupczyka.



Kraków, ul. Szujskiego 11 (Róg ul. Rajskiej).

Zakład wodoleczniczy i sanatoryum

Dra B. KUPCZYKA

specyalisty chorób nerwowych.

Kraków, ul. Szujskiego l. 11 (róg Rajskiej).

Telefon Nr. 695.

Wodolecznictwo, parnia, gorące kąpiele powietrzne ogólne i częściowe, kąpiele gazowe z kwasem węglowym, kąpiele świetlno-elektryczne, kąpiele wodno-elektryczne ogólne i częściowe, natryski elektryczne, elektryzowanie, masarz ręczny, wibracyjny, elektryczny, ciepłe wanny, kąpiele mineralne, leczenie dyetyczne i tuczne.

WSKAZANIA: Choroby nerwowe, Reumatyzm, choroby żołądka i jelit, niedokrwewność, skaza moczanowa, cukrzyca, otyłość, ogólne osłabienie, choroby serca i naczyń krwionośnych.

Na żądanie wysyła się kąpielowych do domu.

Pokoje dla chorych. Oświetlenie elektryczne.



Fosfatyna Faliera

(Phospatine Falières)

przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci od 6 miesięcy do 10 lat, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rozwijania się.

Ułatwia ząbkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.
Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.

Zimowy zakład hydropatyczny Dra Ebersa — na Lido pod Wenecyą

Hydro-elektro-mechano-diaeto-therapia. — Kąpiele z wody morskiej, z CO_2, fango, gorąc. powietrza, świetlne, świetlne niebieskie, d'Arsonval, Franklin, i t. d. — Werandowanie, inhalatoryum. — Klimat łagodny, małe wahania ciepłoty. — Doskonała woda źródlana, olbrzymia plaża na Adryatyku. — Przenośne chatki na plaży. — Rozległe spacery. — Wszelki komfort: 100 pokoi, salony, ogród zimowy, terasy oszklone. Ogrzewanie centralne, oświetlenie elektr., lift. — Czytelnia polska i francuska — Kasyno. — Kuchnia polska. — Służba z Krynicy.

Ceny od 8 do 20 franków dziennie od osoby.

Do Wenecyi 15 minut, statki co $^1/_2$ godziny. — Podróż z Wiednia 14$^1/_2$ godzin, z Pesztu 18 godz. — Wagony wprost.

Otwarcie I stycznia 1907. Trwanie sezonu zimowego: 15/10—30/4.

Nie przyjmuję chorych na suchoty, epilepsyę i umysłowych.

Poczta, telegraf w miejscu, telefon w Zakładzie.

Dr. Henryk Ebers
kierownik c. k. zakładu hydr. w Krynicy i zimowego zakładu Lido—Wenecya.

GLYCEROPHOSPHATE

GRANULÉ

ROBIN



Glycerofosfat wapnia i sody.

Jedyny fosfat ulegający asymilacyi i nie psujący żołądka.

Wprowadzony w szpitalach paryskich.

Działa niechybnie w przypadkach: **krzywicy, osłabienia kości, upośledzonego wzrostu u dzieci, karmienia, ciąży, neurastenii, przemęczenia umysłowego i t. d.**

Bardzo miły w smaku, zażywa się w małej ilości wody lub mleka. — Dla chorych na cukrzycę wyrabia się w kształcie pastylek.

Sprzedaż en gros: 13 rue de Poissy, Paris.
Drobiazgowa: w pierwszorzędnych aptekach.

Wcieranie 3—5 minut

Nie wala bielizny.

Bez tłuszczu i zapachu.

33$^1/_3$% rtęci. 82

Najczystsze, najwygodniejsze leczenie wcieraniem

MERCURO CRÊME

sec. Dr. A. ROSENBERG.
sporządzony w

Stern-Apotheke
Budapest VIII. Rákóczi-út 43.

1 graduowana tuba à 30 gr. } 2 Korony.
1 pudełeczko à 10 dawek à 3 gr. }

Sprowadzać można przez apteki.